WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD — GRUDZIEŃ

ROK VII 1935 NUMER 6

Dr. M. HOFER v. LOBENSTEIN, Sanatorjum dr. Büdingena w Konstancy.

LECZENIE WYCHUDZENIA.

(Referat według Fortschr. Therap. 1935, Nr. 1).

Duża grupa zewnątrzpochodnych postaci wychudzenia wymaga różnych sposobów leczenia, odpowiednio do cierpienia zasadniczego. Wszelkie poważniejsze stany chorobowe, a zwłaszcza choroby żołądka, kiszek, wątroby, woreczka żółciowego (obawa przed jedzeniem ze względu na bóle), zaburzenia połykania na podłożu organicznem lub czynnościowem, cukrzyca, choroby zakaźne, choroby krwi, rak i inne wyniszczające cierpienia—oto główne przyczyny wychudzenia zewnątrzpochodnego, powstające przeważnie w związku z długotrwałem niedostatecznem odżywianiem. Wykrycie przyczyny wychudzenia jest bardzo ważne; tak np. przysłano pewnego razu do sanatorjum pacjenta z powodu konstytucjonalnej chudości, aby przeprowadzić u niego kurację tuczącą. Pacjent ten nie reagował wcale na wszystkie dotychczas stosowane środki lecznicze, mające na celu zwiększenie jego wagi. Dokładne zbadanie wykryło w kiszkach obecność czerwi jelitowych. Po usunięciu tych czerwi pacjent poprawił się szybko bez jakichkolwiek dodatkowych leków!

Przed zapoczątkowaniem leczenia wychudzenia należy w każdym przypadku wykonać następujące badania:

1) Mierzenie gorączki w spokoju i po ruchu.
2) Analizy krwi (obraz krwi, szybkość opadania, cukier we krwi, hemoliza, Wassermann i t. d.).
3) Badanie moczu i kału (mikroskopowe i chemiczne).
4) Badanie czynności żołądka.
5) Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego i narządów klatki piersiowej (zdjęcie czaszki!).
6) Określenie podstawowej przemiany materji.

Fakt, że w stanie głodu znika przedewszystkiem glikogen i ustrój zużywa wreszcie swój własny tłuszcz i białko, daje nam odrazu podstawowe wskazówki dietetyczne.

Oprócz odpowiednich przepisów dietetycznych należy zalecić choremu również ścisłe przestrzeganie bezwzględnego fizycznego i psychicznego spokoju. Zalecamy choremu leżenie w łóżku, jednakże do jedzenia pacjent powinien wstawać.

Przy braku łaknienia rozporządzamy całym szeregiem możliwości do pobudzenia apetytu. Albo przeprowadzamy kurację arszenikową w postaci pigułek z dodatkiem chininy i strychniny, albo też podajemy przed jedzeniem szklankę wermutu lub tonizującego wina pepsynowego. Bardzo dobre wyniki daje np. Somatoza (albumoza mięsna). Przy pierwotnych zaburzeniach żołądkowych należy przy stosowaniu środków tonizujących unikać obciążania żołądka lekarstwami i zalecać raczej wstrzykiwania preparatów arsenowych lub fosforowych, jak Solarson, Tonophosphan i t. p.

Najlepsze wyniki daje insulinowa kuracja tucząca w połączeniu z dożylnemi wlewaniami cukru gronowego. Dawka początkowa wynosi dwa razy dziennie po 5 jednostek na ½ godziny przed jedzeniem. Następnie dawkę stopniowo zwiększamy i dochodzimy wreszcie do dwóch razy dziennie po 20 jednostek. Wówczas podajemy chorym bądź przed jedzeniem bądź podczas jedzenia cukier gronowy w wzrastających dawkach po 20 — 60, a czasem nawet 100 g. Cukier ten podajemy z sokiem z jednej lub dwóch cytryn. Jeżeli zachodzi konieczność albo też jeżeli uważamy za wskazane także i tutaj unikać drogi przez żołądek, wówczas zwracamy się do dożylnych wlewań cukru gronowego. Postępujemy przytem zwykle w ten sposób, że codziennie przed obiadem albo 3 razy tygodniowo wstrzykujemy dożylnie 10—20%-owy roztwór glukozy w coraz większych dawkach, dochodząc stopniowo do 100 cm^3 albo nawet więcej. Przed dożylnem wlewaniem cukru zawsze wstrzykujemy podskórnie odpowiednią dawkę insuliny. Technika leczenia tuczącego zapomocą insuliny i cukru gronowego wymaga dokładnego indywidualizowania, a przedewszystkiem dużego doświadczenia lekarskiego. Najlepszym probierzem tolerancji jest systematyczne określanie zawartości cukru we krwi. Występowania hipoglikemji należy bezwarunkowo unikać.

Jako wzory dietetycznej kuracji tuczącej autor przytacza dwa następujące przepisy:

I. 7 godz. rano: 150 g kaszki owsianej na mleku z 50 g śmietanki.
8 godz. rano: 2 bułeczki, 40 g masła, 1 jajko na miękko, 150 g kawy i 50 g śmietanki.
10 godz. rano: 200 g budyniu karmelowego ze 100 g sosu waniljowego (15 g cukru, 150 g mleka, mondamina, 1 jajko.
12 godz.: 300 g tłustego buljonu z 40 g ryżu, 300 g przetartych kartofli z 30 g masła, 50 g makaronu z 20 g masła, 100 g mięsa z sosem, 150 g mondaminy lub drobnej kaszki z sokiem owocowym.
4 godz.: ½ litra czekolady z 50 g śmietanki i 2 żółtkami, kilka sucharków lub ciasto.
7 godz.: 200 g mlecznej zupy z 50 g śmietanki, jajecznica ze słoniną, chleb i masło.
9 godz.: 150 g mleka z kawałkiem keksu i masłem.

II. 8 godz. rano: 200 g kaszki owsianej (50 g płatków owsianych, 20 g masła, 10 g cukru, 200 g mleka), 1 bułeczka, 75 g białego chleba, 35 g masła, 20 g miodu.
10 godz.: Paszteciki z farszem z drobiu, 1 filiżanka buljonu.

1 godz.: 150 g pożywnej zupy, 150 g przetartych kartofli, 50 g pieczeni wieprzowej, 100 g sosu (10 g mąki, 10 g śmietany), 150 g jarzyn, bezy i 20 g bitej śmietany.

4 godz.: 1/2 litra czekolady, 50 g śmietanki, 2 żółtka, kilka sucharków lub ciasto.

7 godz.: 200 g ryżu lub drobnej kaszki, 80 g białego chleba, 40 g masła, 1 jajko, 40 g pełnotłustego twarogu lub pieczeni.

9 godz.: 1 szklanka śmietanki lub piwa słodowego z chlebem i szynką.

Jeżeli jedzenie doprowadza do zwiększenia wagi ciała i chory czuje się dobrze, wówczas zamiast dotychczasowego stałego leżenia w łóżku zalecamy jedynie przestrzeganie spokoju i unikanie wszelkiego zmęczenia, przebywanie na powietrzu oraz lekkie ćwiczenia mięśniowe w postaci masażu i gimnastyki.

Przy wychudzeniu wewnątrzpochodnem może być podłożem cierpienia ogólna niedomoga wielogruczołowa, przyczem główną rolę należy tu zwykle przypisywać przysadce mózgowej, a zwłaszcza jej przedniemu płatowi, jako nadrzędnemu motorowi dla regulacji czynności wszystkich gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Najczystszą postacią wychudzenia przysadkowego jest choroba Simmonda; wydaje się jednak bardzo prawdopodobnem, iż również i przypadki pierwotnego braku łaknienia stanowią przeważnie szczątkową łagodną postać wychudzenia przysadkowego.

Przy wychudzeniu na podłożu niedomogi przysadki wskazane są, oczywiście, przedewszystkiem preparaty przysadkowe, jak Preloban, Prolan i inne. Schematu dawkowania podać nie można, gdyż również i tutaj należy rozpoczynać od dawek małych i pod kontrolą reakcji dawkę odpowiednio zwiększać. Leczenie preparatami przysadkowemi musi być ściśle indywidualne. Oprócz preparatów przedniego płata przysadki mózgowej stosujemy u kobiet, zwłaszcza dotkniętych zaburzeniami miesiączkowania, Unden lub inne hormonalne preparaty jajnikowe, odpowiednio do rodzaju zaburzeń. U mężczyzn wskazanem jest, aby w niektórych przypadkach, oprócz opoterapji przysadkowej stosować również hormony płciowe, jak np. Erugon. Dla utrwalenia pomyślnego wyniku kuracji jest bardzo ważne, aby przy wypisywaniu pacjentów z sanatorjum doradzić im, by po powrocie do domu prowadzili nadal uregulowany tryb życia, a przedewszystkiem przestrzegali odpowiedniej diety i przyjmowali zalecone im lekarstwa.

Dr. ROBERT MONOD.

KILKA UWAG W SPRAWIE ZNIECZULANIA OGÓLNEGO ZAPOMOCĄ DOŻYLNYCH WSTRZYKIWAŃ EVIPANU-NATRIUM.

(Referat według „Bulletin de la Societé Nationale de Chirurgie 1934. nr. 6).

Stosowanie Evipanu-Natrium jako środka dla dożylnej narkozy ogólnej rozpowszechniło się w ciągu ostatnich lat prawie we wszystkich krajach. Autor stosuje Evipan-Natrium od maja 1933 r. i ogłosił już dwukrotnie w Gazette des Hôpitaux (20.V.33 i 14.X.33) pomyślne wyniki swych spostrzeżeń. Obecnie *Monod* rozporządza materjałem 125 operacyj dokonanych w uśpieniu evipanowem, przyczem ani razu nie stwierdzono wystąpienia jakichkolwiek przykrych objawów ubocznych lub powikłań.

Evipan-Natrium jest związkiem niestałym i w obecności wody ulega dysocjacji, co powoduje pęknięcie jądra usypiającego i tłumaczy szybkość jego działania. Rozpad drobiny Evipanu odbywa się głównie w wątrobie; w moczu znajdujemy zaledwie ślady niezmienionego związku. Współczynnik bezpieczeństwa preparatu jest wysoki. Wstrzyknięcie do żyły stosunkowo bardzo małej dawki sprowadza natychmiast sen. W dawkach nietoksycznych Evipan-Natrium wywołuje krótkotrwałą narkozę, która okazuje się jednak w znacznej większości przypadków zupełnie wystarczająca (od 15 do 30 minut). Uśpienie głębokie z całkowitem zniesieniem odruchów jest trudniejsze do osiągnięcia; stwierdzamy je tylko u osób starszych lub w stanach kwasicy. Obudzenie się następuje szybko.

W dawkach chirurgicznych Evipan-Natrium nie wykazuje prawie żadnego wpływu na serce i naczynia krwionośne. Tętno pozostaje pełne, dobrze napięte i miarowe.

Jedynie w nielicznych przypadkach tętno przyspiesza się nieznacznie. Spadek ciśnienia jest niewielki, przyczem ciśnienie powraca do normy szybko i samoistnie, czasem nawet jeszcze przed końcem uśpienia. Ani razu nie zaszła potrzeba dokonania wstrzyknięcia efedryny dla przeciwdziałania spadkowi ciśnienia. Często się zdarza, że na początku uśpienia stwierdza się krótkie zatrzymanie się oddechu. Rytm oddechowy nie ulega zmianie, często oddech zwalnia się. Nierzadko występuje lekka sinica twarzy, jednakże ani razu nie obserwowano objawów zapaści. Ze wszystkich obecnie znanych środków usypiających Evipan-Natrium sprowadza sen w sposób najszybszy i najprzyjemniejszy. Uśpienie zaczyna się prawie natychmiast podczas wstrzykiwania, przyczem wstrzyknięcie 2 do 3 cm^3 już wystarcza dla wywołania snu. Sen następuje tak spokojnie jak sen fizjologiczny.

Wobec tego, że uśpienie następuje bardzo szybko, należy wstrzykiwać dopiero w chwili, gdy chirurg jest już gotów do wykonania cięcia, o ile chcemy

przeprowadzić cały zabieg wyłącznie w uśpieniu evipanowem. Wszelkie środki pomocnicze są zbyteczne. *Monod* odradza przygotowawcze wstrzykiwanie morfiny przed zabiegiem. Morfina jest wskazana tylko podczas budzenia się w przypadkach niezwykłego pobudzenia. Najodpowiedniejszem miejscem do wstrzykiwania są żyły w zgięciu łokciowem. Wstrzykuje się bardzo wolno refracta dosi. *Monod* nie wstrzykuje nigdy odrazu całej potrzebnej dawki, lecz postępuje w sposób następujący:

W chwili rozpoczęcia wstrzykiwania każe choremu głośno liczyć. Gdy pacjent zaczyna bełkotać, zwalnia szybkość wstrzykiwania. Okres ten wymaga przeciętnie wstrzyknięcia 2 do 3 cm^3 roztworu 1 : 10. Po wystąpieniu uśpienia wstrzykuje się, zależnie od pożądanej długości narkozy, jeszcze 1 lub 2 cm^3 w odstępach minutowych. Dawka potrzebna dla wywołania uśpienia jest bardzo zmienna, co zależy od większej lub mniejszej wrażliwości lub odporności chorego. Dawka przeciętna waha się od 4 do 6 cm^3. Utrata świadomości następuje natychmiastowo, zwiotczenie zaś mięśni nigdy nie jest całkowite. Czasami występują drgawki lub nawet skurcze. Należy zwracać baczną uwagę na zapadanie się języka. Odruch rogówkowy jest słaby lub zniesiony, odruchy ścięgniste pozostają zachowane. Chorzy, nawet pogrążeni w głębokim śnie, reagują czasami na wrażenia bólowe. Czas trwania snu podlega dość znacznym wahaniom indywidualnym, jednak naogół jest stosunkowo krótki. Po dawce przeciętnej od 4 do 6 cm^3 obudzenie się następuje po 20 lub 30 minutach. Zmniejszając dawkę, możemy otrzymać narkozę krótką (prawdziwe odurzenie znieczulające). Przebudzenie jest szybkie i zwykle spokojne. Nieliczni chorzy (5 do 6 na 100) wykazywali jednak po obudzeniu się objawy pobudzenia. W przypadkach takich wstrzyknięcie morfiny szybko sprowadza uspokojenie. Wymioty po uśpieniu zdarzają się jedynie wyjątkowo (3 do 4 razy na 125 przypadków). Samopoczucie chorych po obudzeniu się jest dobre. Amnezja wsteczna: chorzy nic nie pamiętają o zabiegu, nawet jeżeli podczas operacji jęczeli. Wszyscy chorzy chwalą wielkie zalety tej nowej metody usypiania.

Evipan-Natrium przedstawia idealny środek usypiający dla praktyki ambulatoryjnej: w dawkach małych (2—3 cm^3) oddaje on nam znakomite usługi przy dokonywaniu krótkotrwałych zabiegów chirurgicznych, jak otwarcie ropnia, bolesne opatrunki, zakładanie sączków i t. p.

W dawkach większych, wstrzykiwanych powoli i w pewnych odstępach czasu, przyczem dawka ogólna nie powinna zasadniczo przekraczać 10 cm^3, Evipan-Natrium sprowadza dostateczne uśpienie, trwające 20 do 30 minut (małe zabiegi, chirurgja głowy, szyi i klatki piersiowej). W przypadkach takich możemy w razie potrzeby przedłużyć uśpienie, bądź wstrzykując do żyły przez pozostawioną w niej igłę niewielką dodatkową dawkę Evipanu, bądź stosując uzupełniające uśpienie zapomocą lotnego środka narkotycznego: chlorku etylu, eteru lub mieszanki *Schleicha.* Wreszcie, przy operacjach długotrwałych, można stosować Evipan-Natrium jako środek dla uśpienia podstawowego, które następnie przedłużamy zapomocą innych preparatów usypiających. Jest to ideal-

ny sposób zapoczątkowania uśpienia. Z pośród wszelkich kombinacyj najłatwiejszą i najmniej toksyczną jest według *Monoda* metoda polegająca na wstępnem uśpieniu evipanowem i uzupełniającem przedłużaniu uśpienia gazem rozweselającym. Metoda ta posiada bardzo istotne zalety i nadaje się do stosowania we wszystkich dziedzinach chirurgji brzusznej. Dotychczasowy materjał *Monoda* (125 przypadków) składał się z następujących zabiegów chirurgicznych, dokonanych w uśpieniu evipanowem:

20 laparotomij (operacje przepuklin, wyrostka robaczkowego, tyłopochylenia macicy i t. d.). — 17 przypadków chirurgji klatki piersiowej: pleurotomje, pneumotomje, torakoplastyki, leczenie przetok oskrzelowych. — 3 przypadki chirurgji twarzy i szyi: operacja kamienia ślinowego, ropień migdałka, łagodny guz twarzy. — 14 przypadków ginekologicznych: skrobania i kolpotomje. — 5 przypadków ropni i gruczolaków piersi. — 1 otwarcie ropnia okołonerkowego. — 1 przypadek stulejki (jedyny przypadek, w którym uśpienie zupełnie zawiodło). — 12 przypadków hemoroidów, przetok odbytnicy i ropni krocza.— 11 przypadków otwarcia ropni i flegmon, 4 artrotomje i amputacje uda. — 4 nastawiania i unieruchomienia złamań. — 1 nastawienie zwichnięcia. — 1 sympatektomja udowa. — 30 różnych zabiegów z dziedziny małej chirurgji: bolesne opatrunki, przeszczepiania skórne i t. d.

Wyniki tych narkoz evipanowych były następujące: jedno jedyne niepowodzenie zupełne (operacja stulejki), 2 uśpienia wyraźnie złe, niedostateczne, które wymagały narkozy dodatkowej, 9 przypadków uśpienia niewystarczającego, w których jednak nie trzeba było zastosować narkozy uzupełniającej, 20 narkoz mało głębokich lecz dostatecznych. W 70% przypadków uśpienie było doskonałe lub bardzo dobre. Autor omawia następnie sprawę dawkowania, które należy indywidualizować. Największa dawka wynosi według *Monoda* 10 cm^3. Dawkę tę zastosowano zaledwie w 3 przypadkach na 125.

Pomimo małej liczby nieszczęśliwych wypadków, które możnaby przypisać uśpieniu evipanowemu (3 przypadki śmiertelne na przeszło 200.000 narkoz dokonanych w Niemczech, jeden jedyny przypadek śmierci we Francji), *Monod* jest zdania, że — jak przy wszystkich uśpieniach drogą wstrzykiwań dożylnych — najważniejszem jest zagadnienie dawkowania. Przy wyborze dawki należy uwzględniać płeć, wzrost, wiek i wagę chorego. Dla poznania jeszcze przed uśpieniem osobniczej wrażliwości chorego na działanie środków usypiających *A. Garrelon* i jego uczniowie podali jako miernik badanie odruchu oczno-sercowego. Osobników wyraźnie wagotonicznych z silnie zaznaczonym odruchem oczno-sercowym i odpowiedniem zwolnieniem tętna należy uważać za wrażliwych, wobec czego potrzebna dla nich dawka usypiająca powinna być mniejsza. Hipowagotonicy z odruchem oczno-sercowym słabym lub odwróconym są odporni i wymagają silniejszej dawki usypiającej.

Dla walki z ewentualną zapaścią oddechową należy zawsze mieć w pogotowiu gotową do użytku maskę z CO_2, a dla przypadków ciężkich lobelinę, coraminę, hexeton. Ustrój znosi znacznie większe pobudzające dawki coraminy

(dożylnie) niż lobeliny i z tego względu należy uważać coraminę za środek odpowiedniejszy. W przypadkach ciężkich wskazane jest ponadto jeszcze dodatkowe stosowanie cardiazolu lub hexetonu. Metoda *Ide'a*, polegająca na dożylnych wstrzykiwaniach strychniny (0,01 g co godzinę) również pozwala na pomyślne przezwyciężenie zapaści związanej z przedawkowaniem.

Wskazania do stosowania Evipanu-Natrium w małej chirurgji (wrastający paznokieć, wilk i t. d., hemoroidy, przepuklina i t. d.), w ginekologji (skrobanie, wycinki próbne, zakładanie radu, kołpotomja), w urologji (cystotomja, cewnikowanie, prostatektomja, rozszerzanie i t. d.), w oto-rhino-laryngologji, okulistyce, stomatologji, chirurgji klatki piersiowej i jako uśpienia podstawowego w chirurgji jamy brzusznej — wynikają z głównych zalet tej nowej metody uśpienia dożylnego: prostoty techniki, szybkości działania, oszczędzania stanu psychicznego, nieszkodliwości dla najważniejszych narządów: oddechowego, krążenia i moczowego i wreszcie braku wszelkich przykrych dolegliwości występujących zwykle po uśpieniu.

Przeciwwskazania do dożylnego uśpienia evipanowego są nieliczne: stany b. ciężkiego zakażenia ogólnego, daleko posunięta niedomoga wątroby (marskość zanikowa i t. d.).

Dr. A. HEYMANN, Hamburg.

ORASTHINA — ŚRODEK POBUDZAJĄCY SKURCZE MACICZNE.

(Referat według Fortschr. Th. 1933, nr. 1).

Orasthina zawiera tylko ten ze składników tylnego płata przysadki mózgowej, który działa kurcząco na mięsień macicy; na ciśnienie krwi ani na diurezę Orasthina żadnego wpływu nie wywiera. Tolerancja preparatu jest doskonała; nie wykazuje on żadnych objawów niepożądanego lub szkodliwego działania ubocznego. Przy właściwem wskazaniu można stosować Orasthinę bez żadnych zastrzeżeń. Spostrzeżenia autora opierają się na 40 pierwiastkach w wieku od 20 do 39 lat i na 20 wieloródkach. Sprawa przeważnie dotyczyła wtórnego osłabienia bólów porodowych, przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, odejścia wód płodowych zawierających smółkę lub wystąpienia niemiarowych tonów serca dziecka. Orasthinę wstrzykiwano przeważnie w okresie wydalania; wystarczało wówczas prawie zawsze domięśniowe wstrzyknięcie 0,5—1 cm^3 preparatu, aby po 3—8 minutach wystąpiły mocne, miarowe bóle. W razie potrzeby można wstrzyknięcie powtórzyć. W ten sposób jesteśmy w stanie znacznie skrócić czas trwania aktu porodowego. Jedynie u 4 kobiet doszło pomimo starannej ochrony krocza do umiarkowanego pęknięcia pierwszego stopnia. Dla uniknięcia takich pęknięć autor zaleca wyciskanie główki podczas przerw bólowych.

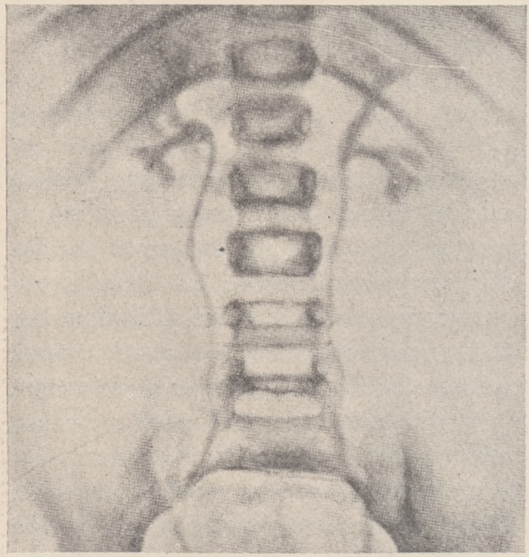
Po porodzie wstrzykiwano Orasthinę dożylnie w dawkach po 0,5 — 1 cm^3. Wstrzykiwania te nigdy nie powodowały żadnych objawów wstrząsu. Wydzielanie się łożyska odbywało się zawsze gładko; tylko w jednym przypadku należało dokonać zabiegu ręcznego. Utrata krwi była umiarkowana. Orasthina wykazuje bardzo pomyślny wpływ na tamowanie krwawień porodowych. W jednym przypadku obserwowano znaczne krwawienie z powodu obecności mięśniaków macicy, w drugim gwałtowny krwotok wystąpił bez żadnej uchwytnej przyczyny. Zastosowanie dożylne 1 cm^3 Orasthiny przyczyniło się do doraźnego zatamowania tych uporczywych krwawień.

Dr. WINSBURY — WHITE, Londyn.

DOŻYLNA UROGRAFJA WYDZIELNICZA.

(Referat według Brit. Journ. of Urol. 1932).

Autor dokonał dożylnej urografji wydzielniczej u przeszło 100 chorych. Jako rentgenowski środek kontrastowy stosowano Per-Abrodil. Tolerancja preparatu jest tak dobra, że również i starsze dzieci znosiły bez żadnych objawów ubocznych całkowitą dawkę, przeznaczoną dla dorosłych (1 ampułka = 20 cm^3). W każdym jednak przypadku należy dawkować ostrożnie, a to ze względu na ewentualną nadwrażliwość w stosunku do jodu. Szczególna zaleta preparatu polega na możności szybkiego wstrzykiwania i szybkiego otrzymywania obrazów, mianowicie w ciągu 8 — 20 minut. W poszczególnych przypadkach, zwłaszcza u dzieci, otrzymywano dobre pyelogramy w czasie jeszcze krótszym, bo niespełna po 5 minutach. Przy niedomodze wydzielniczej nerek potrzeba, oczywiście, więcej czasu. Urografja dożylna okazała się szczególnie cenną dla rozpoznawania obecności kamieni, rozszerzenia nerek i dróg moczowych oraz rozpadowych zmian gruźliczych. Przy rozpoznawaniu spraw nowotworowych urografja dożylna nie daje dostatecznie wyraźnych obrazów. Jednakże zmiany wskutek rozszerzenia moczowodów z ujściem do uchyłka pęcherza moczowego lub podwójne moczowody z jednem tylko ujściem, pyelografja zstępu-





Pyramidon

**wybitny
środek przeciwbólowy
o doskonałej tolerancji**

wskazany przy stanach bólowych wszelkiego rodzaju.

Po zabiegach operacyjnych zapobiegawczo przeciwko bólom następczym.

Przed bolesnemi i operacyjnemi zabiegami w małej i wielkiej chirurgji.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

flakony po	*20 tabletek*	*à 0,1 g*	. . . . .	*zł. 2.60*
rurki	*„ 10*	*„ 0,3 g*	. . . . .	*„ 3.50*
pudełka	*„ 20*	*„ 0,3 g*	. . . . .	*„ 4.85*

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA“

E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

jąca uwidacznia w sposób doskonały. Jeżeli zdolność wydzielnicza nerek nie uległa bardzo znacznemu upośledzeniu wskutek utrudnienia odpływu moczu i gdy stężenie Per-Abrodilu w moczu jest jeszcze dostateczne, to preparat daje zawsze dobre i ostre obrazy kontrastowe. Wprowadzenie urografji dożylnej do powszechnego użytku stanowi wielki postęp w rozpoznawaniu cierpień narządu moczowego, gdyż w znacznej większości przypadków czyni trudną urografję instrumentalną zupełnie zbyteczną.

Prof. dr. A. MAYER, Dyrektor Kliniki Ginekologicznej w Tybindze.

W SPRAWIE ROZPOZNANIA USZKODZENIA PŁODU.

(Referat według Münchener Medizinische Wochenschrift 1933, Nr. 40).

Z pośród objawów umożliwiających rozpoznanie uszkodzenia płodu autor ogranicza się do omówienia tylko dwóch: zwolnienia akcji serca i wydalania smółki. Wypadnięcia pępowiny autor nie uważa za oznakę uszkodzenia płodu.

Rozpoznawanie stanu płodu na podstawie wysłuchiwania tonów serca poczyniło znaczne postępy od czasu ogłoszenia znakomitych badań *Frey'a*. Według *Frey'a* zwolnienie akcji serca płodu należy uważać za objaw niebezpieczny, jeśli częstość uderzeń serca spadnie poniżej 100 na minutę, nawet w przerwie między skurczami macicznemi, i gdy w ciągu 3 kolejnych przerw częstość ta nie ulegnie przyspieszeniu. Według *Sachsa* przeważnie należy się spodziewać narodzin martwego płodu, jeżeli zwolnienie poniżej 100 trwa dłużej niż 40 minut.

Wydaje się możliwe, że dane te w większości przypadków odpowiadają rzeczywistości, jednakże w niektórych wyjątkowych przypadkach płodowi nie grozi żadne niebezpieczeństwo, nawet pomimo znacznego zwolnienia częstości uderzeń serca. Z pośród swych licznych spostrzeżeń autor przytacza następujące:

Pierwiastka ze zwężoną miednicą; lekka gorączka; przybywa do kliniki w toku porodu. Akcja serca płodu: przeciętnie 80, chwilami zaledwie 60 uderzeń na minutę. Wydawało się więc, że płodowi grozi poważne niebezpieczeństwo, jednakże wkroczenia operacyjnego zaniechano z powodu gorączki. Zastosowanie kleszczy również nie mogło wchodzić w rachubę, gdyż główka znajdowała się jeszcze zbyt wysoko, a szyjka była jeszcze niedostatecznie rozszerzona. Postanowiono więc zająć stanowisko wyczekujące. Po 10 godzinach samoistny poród zupełnie zdrowego dziecka.

Zwolnienie tonów serca płodu nie okazało się więc pomimo wszelkich pozorów groźnem i nie zaszła nawet potrzeba zastosowania kleszczy.

Za przyczynę takiego wyjątkowego zwolnienia tonów serca, zagrażającego jedynie pozornie życiu dziecka, należy uważać poza istotnie niebezpiecznem

okręceniem się powrózka pępowinowego wokoło szyi dziecka, raczej ucisk na mózg (*Esch*) wywierany przez zbyt napięte części miękkie lub przez wąską miednicę. Objaw ten jest znany już oddawna i został świeżo opisany przez *Gaussa* i *Weissa*.

Do grupy tej należy niewątpliwie zaliczyć również i te przypadki, w których zwolniona akcja serca odzyskuje swą prawidłową częstość z chwilą przejścia cieśni lub gdy ucisk mózgowy ustaje pod wpływem uśpienia ogólnego (chloroform), zalecanego przez *Frey'a*.

Niestety, w licznych przypadkach trafna ocena kliniczna tych nieszkodliwych objawów ucisku mózgowego nie należy do rzeczy łatwych. Pomyślny przebieg porodu wykazuje wówczas, że użycie kleszczy nie było konieczne dla uratowania dziecka.

Jeżeli ucisk mózgu zostaje powikłany krwotokiem wewnątrzczaszkowym, to użycie kleszczy może być poprostu szkodliwe. Jako dowód silnego ucisku mózgu, który poprzednio miał miejsce, autor uważa obecność widzialnego protrusio bulbi. Drgawki w pierwszych dniach życia są dowodem krwotoku wewnątrzczaszkowego. W przypadkach tego rodzaju zastosowanie kleszczy mogłoby być nieszkodliwe tylko wtedy, jeżeli udaje się wydobyć dziecko szybko i łatwo, gdyż jeżeli zabieg ten przeciąga się i wymaga nawet pewnego wysiłku, to wywołane kleszczami zwiększenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego stanowi istotne niebezpieczeństwo.

Na szczególną uwagę zasługuje pewien przypadek krwotoku wewnątrzczaszkowego z oderwaniem namiotu móżdżku. Po przejściu cieśni zwolnione uprzednio tony serca odzyskały swą prawidłową częstość. Wszystko wydawało się zupełnie w porządku; dziecko rodzi się samoistnie, lecz znajduje się w stanie asfiksji, z której już się nie udało go uratować. Badanie sekcyjne wykazuje oderwanie namiotu móżdżku z krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Zastosowanie kleszczy byłoby prawdopodobnie uznane w tym przypadku za główną przyczynę fatalnego wyniku.

Okoliczność, że tony sercowe były prawidłowe podczas porodu pomimo oderwania namiotu móżdżku i że dziecko zmarło dopiero po porodzie, mogła zależeć od różnych przyczyn: duży krwotok powstaje czasem już po opuszczeniu przez dziecko macicy w chwili, gdy ucisk dróg rodnych na czaszkę dziecka już się skończył. Pozatem, gdy dziecko znajduje się w macicy, nie potrzebuje ono oddychać, co uniemożliwia rozpoznanie uszkodzenia opuszki.

Drugim objawem niebezpieczeństwa grożącego życiu dziecka jest wydalanie smółki. Lekarze - praktycy, zwłaszcza niespecjaliści, uważają ten objaw za bardzo poważny, upoważniający ich do przedwczesnego zastosowania kleszczy. Niektóre podręczniki lekarskie zajmują podobne stanowisko i mówią bardzo ogólnikowo o wydalaniu smółki. Zdaniem autora należy odróżniać między wydalaniem kawałków smółki i wydalaniem wód płodowych zabarwionych jednolicie na kolor żółty. Należy odróżniać smółkę świeżo wydaloną od smółki starej.

Na początku porodu wydalanie wód płodowych żółtego koloru lub zmieszanych z drobnemi kłaczkami zdarza się dość często, co wcale nie przeszkadza, że po kilku godzinach rodzi się dziecko w warunkach zupełnie prawidłowych. Zdarza się również, że nawet błony płodowe, sznur pępkowy i całe dziecko wykazują żółty odcień wskutek nasiąknięcia smółką, przyczem tony serca nie ulegały uprzednio żadnym zmianom.

W jaki sposób odbywa się to nieszkodliwe wydalanie smółki pod postacią żółtych wód płodowych? Pytanie to jest niełatwe do wyjaśnienia. Autor spostrzegał to zjawisko nietylko na początku porodu, lecz również w przypadkach spóźnionego pęknięcia pęcherza płodowego. Gdybyśmy w takich przypadkach mieli do czynienia z wydalaniem smółki do pęcherza płodowego podczas ciąży, to byłoby to zjawisko jeszcze podczas ciąży nieznane. Żółte zabarwienie w przypadkach spóźnionego pęknięcia pęcherza płodowego może zależeć od ciśnienia śródczaszkowego, utrzymania się pęcherza podczas skurczów macicznych z nadmierną perystaltyką, rozluźnieniem zwieracza i związanem z tem wydaleniem smółki.

W każdym razie autor uważa już od wielu lat wydalanie smółki, zabarwiającej wody płodowe na żółto, za zjawisko stosunkowo niewinne. Według autora objaw ten nie ma naogół żadnego poważniejszego znaczenia, za wyjątkiem oczywiście tych przypadków, gdy towarzyszą mu zmiany tonów sercowych lub zakażenie jamy macicznej.

Nie można jednak z drugiej strony zaprzeczyć, że wydalanie kawałków smółki może stanowić objaw groźny. W praktyce odróżnienie smółki świeżej (w kawałkach) od smółki starej (żółte zabarwienie wód płodowych), któreby umożliwiło ocenę stopnia niebezpieczeństwa, bywa często bardzo trudne. Wydalanie kawałków przemawia, oczywiście, za smółką świeżą, jednakże nie wiemy dotychczas nic o szybkości, z jaką smółka rozpuszcza się lub rozpada w wodach płodowych. W tych warunkach brak smółki skawalonej nie dowodzi bynajmniej, że mamy do czynienia ze smółką starą. Autor zgodnie z *Seitzem* uważa, że wydalanie smółki nie stanowi samo przez się żadnego wskazania do zabiegu chirurgicznego.

Opierając się na swem własnem dużem doświadczeniu, autor dochodzi do wniosku, że stwierdzenie z pewnością niebezpieczeństwa zagrażającego życiu dziecka może być bardzo trudne. Naogół niebezpieczeństwo to bywa przeceniane, gdyż w znacznej większości przypadków zastosowania kleszczy ze względu na dziecko, dzieci rodzą się w stanie doskonałym, dowodzącym, że z pew-

nością żadne niebezpieczeństwo im nie groziło. Praktyk ogólny jest zwykle zbyt skłonny do zabiegów i nadmiernie często zwraca się niepotrzebnie do kleszczy, nawet w przypadkach, w których zabieg ten nie należy do łatwych. Wynikiem takiego postępowania jest nierzadko ciężkie uszkodzenie matki i martwe dziecko. W przypadkach takich wyczekiwanie daje przeważnie znacznie lepsze wyniki niż interwencja i ratuje częstokroć życie dziecka, któremu operacja mogłaby tylko zaszkodzić. Wskazane jest wobec tego, aby postępowanie lekarza podczas porodu było nacechowane jaknajwiększą przezornością.

O LECZENIU JODOWEM.

Dr. A. Janowich (Referat według Gyogyaszat 1933; referat według prof. dr. *Hefftera*, Podręcznik farmakologji 1927); prof. dr. *Poulsson* (Podręcznik farmakologji 1934) i in.

Jod przedstawia jeden z najstarszych środków leczniczych, a mimo to może o żadnym innym związku nie mamy tak mało pewnych wiadomości, jak właśnie o jodzie. Sposób działania jodu nie został jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Widzimy, coprawda, wyniki, które nazywamy „typowem działaniem jodu", lecz nie wiemy nawet, w jakiej postaci jod, zawarty w wielu związkach nieorganicznych i organicznych, ujawnia swe swoiste działanie lecznicze.

Uznaje się obecnie, że wszystkie związki jodowe, o ile wogóle są czynne, uwalniają jod; w zwykłych jodkach alkaljów związkiem czynnym nie jest jednak anjon jodowy, gdyż własności lecznicze posiada wyłącznie jod drobinowy. Gdyby uznać działanie anjonu jodowego, to wszystkie sole o jednakowym stopniu dysocjacji — jak np. jodek potasu i jodek sodu — musiałyby wykazywać jednakowe działanie. Utlenianie jodku potasu przebiega bardzo szybko i tem też tłumaczy się okoliczność, że związek ten działa znacznie gwałtowniej niż jodek sodu lub inne związki, które odszczepiają jod powoli. Z tego samego jednak względu objawy ubocznego działania jodu mogą przy jodku potasu występować prędzej niż przy związkach, które uwalniają jod stopniowo. Dążąc do otrzymania związków jodowych, możliwie pozbawionych działań ubocznych, wytworzono preparaty, które odszczepiają jod powoli i stopniowo; preparatami takiemi są przeważnie tłuszczowe i białkowe związki jodowe. Dążenie to doprowadziło jednak częściowo do przesady, mijającej się z zasadniczym celem leczniczym. Związanie jodu było w wielu preparatach tak mocne, że preparaty okazały się praktycznie nieczynne i nie nadawały się wcale dla celów leczniczych. Drogę środkową stanowiło dopiero inne niż dotychczas związanie jodu w drobinie i połączenie go nie z atomem węglowym lecz azotowym. Takim preparatem okazała się Endojodina, zajmująca miejsce pośrednie między zbyt silnie działającym jodkiem potasu i preparatami słabemi.

Ogólne działanie jodu polega na wzmożeniu przemiany materji; w doświadczeniach na zwierzętach widzimy przyspieszenie dojrzałości (metamorfoza akso-

lotla, *Abelin*) i zmniejszenie wagi ciała, czyli wzrost spalania i zwiększenie rozkładu tkanek, które można rozpoznać również i na podstawie większego wydalania azotu w moczu. Pytanie, czy te zmiany w przemianie materji zależą istotnie od działania czystego jodu, pozostaje narazie nierozstrzygnięte; wydaje się bardzo prawdopodobne, że przynajmniej część tego działania jodu dochodzi do skutku na drodze poprzez wytwarzanie hormonu w gruczole tarczowym. Ostatnio uznaje się również, że jod przyjmuje udział w wytwarzaniu i wytrząsaniu hormonu tyreotropowego przedniego płata przysadki mózgowej, czyli że działanie jodu na tarczycę byłoby pośrednie. Czy powinniśmy również i wpływ jodu na patologicznie zmienione tkanki ujmować w znaczeniu działania na przemianę materji? Faktem jest, że jod pobudza rozkład w szczególnym stopniu właśnie w tkance chorej. Jod okazuje zawsze większe powinowactwo do tkanek o cechach nieprawidłowych. Jeżeli choremu dostarczymy jakąkolwiek drogą jod, tak, że pewna jego ilość przeniknie do ustroju, to największe skupienie jodu znajdziemy zawsze w sąsiedztwie chorych tkanek. To „powinowactwo" zależy od czynników czysto fizycznych. Tkanki patologiczne posiadają w odróżnieniu od tkanek normalnych (PH — 7,5) odczyn kwaśniejszy, przy którym jod ulega większej absorbcji. W ten sposób tłumaczą się również pomyślne wyniki stosowania jodu przy chorobach, które nie mają ze sobą nic albo prawie nic wspólnego: przy gruźlicy, kile, promienicy i miażdżycy tętnic. Przy kile jod usuwa objawy kiłowe; mamy tu jednak do czynienia tylko z zadziałaniem jodu na tkanki bez jednoczesnego większego wpływu na samą chorobę jako taką. Również i przy raku, pomimo pewnego pomyślnego działania Rivorenu, Alivalu i Endojodiny, nie możemy się spodziewać od jodu jakiegoś istotnie leczniczego wpływu. W poszczególnych przypadkach obserwowano objawy rozpadania się i wchłaniania nowotworów; sprawa dotyczyła jednak prawdopodobnie tylko tkanek martwicowych, które ulegały szybszemu wessaniu; na rosnącą tkankę guza jod nie wywierał, jak się wydaje, żadnego uchwytnego wpływu. Przy gruźlicy i przy kile jod nie wykazuje żadnego wpływu na samą przyczynę chorobową, natomiast przy promienicy jod działa leczniczo nietylko na bujanie tkankowe, lecz unieszkodliwia bezpośrednio i sam grzybek chorobotwórczy. Kombinowane leczenie promienicy płuc zapomocą dożylnych wstrzykiwań Endojodiny i przepłókiwań jamy opłucnowej Yatrenem 105 znacznie poprawiło rokowanie tego poważnego cierpienia.

Wiadomości nasze o sposobie działania jodu na wyżej wymienione choroby zakaźne są więc bardzo skąpe: jeszcze mniej wiemy o wpływie jodu na przebieg miażdżycy tętnic. Niektórzy autorzy uważają, że jod działa głównie na lepkość krwi, że czyni surowicę jakby rzadszą i na tej drodze obniża ciśnienie krwi. Poglądów tych jednak nie udało się poprzeć miarodajnemi dowodami i wobec tego inni autorzy wyrazili przypuszczenie, że wpływ jodu na miażdżycę polega na rozszerzaniu naczyń krwionośnych. Badania farmakologiczne wykazały nawet, że jod w ściśle określonych stężeniach jest jakoby w stanie rozszerzać naczynia i tej własności ma zawdzięczać swój wpływ na miażdżycę; badania

kontrolne nie potwierdziły jednak tych spostrzeżeń, tak że ostatecznie nie zyskały one powszechnego uznania. Zagadnienie bezpośredniego wpływu jodu na miażdżycowo zmienione naczynia pozostaje więc narazie pod dużym znakiem zapytania; wiadomo natomiast z pewnością, że nawet najenergiczniejsze leczenie jodowe nie jest w stanie usunąć z naczyń istniejących tam już złogów wapniowych. Rozpoczynająca się zaś dopiero miażdżyca poddaje się z powodzeniem działaniu leczniczemu jodu; jod wywiera również działanie zapobiegawcze w stosunku do miażdżycy; dowodzą tego liczne przekonywujące badania doświadczalne na zwierzętach. Wobec tego, że działanie jodu nie jest przyczynowe, należy go podawać przez czas dłuższy i z myślą raczej o dalszej przyszłości. Już ta okoliczność wyklucza stosowanie preparatów silnie działających. W rachubę mogą tu wchodzić: Jocapral, związek jodowy ze składnikiem spazmolitycznym, Sajodina i inne preparaty zawierające jeszcze mniej jodu, ewentualnie również Endojodina dla zapoczątkowania kuracji i t. p.

Miejscowe działanie jodu polega na podrażnieniu skóry i związanem z tem rozszerzeniu naczyń. Już w kilka godzin po nasmarowaniu skóry jodyną stwierdza się surowicze przesiąkanie i przechodzenie ciałek białych. Zmiany te dotyczą nietylko skóry bezpośrednio posmarowanej jodyną, lecz również tkanki podskórnej i odnośnych mięśni; nawet i w głębi położona okostna podlega drażniącemu działaniu jodu. Po kilku dniach rozpoczynają się dalsze zmiany w tkankach; leukocyty i tkanka ulegają zwyrodnieniu, rozpadają się i zostają wchłonięte. W ten właśnie sposób odbywa się resorbcja spraw chorobowych. Najczęściej posługiwano się przytem zwykłą nalewką jodową. Wobec tego, że nalewka jodowa często niepotrzebnie nadmiernie drażni i zabarwia skórę, uszkadza nierzadko bieliznę i, jak wykazują dokładne badania, zaledwie 20% zawartej w niej jodyny wchłania się przez skórę, wychodzi ona w ostatnich czasach coraz bardziej z użycia, ustępując swe miejsce organicznemu związkowi jodowemu—Jothionowi. Jod zawarty w Jothionie wchłania się w ilości 40%, nie brudzi bielizny i ma ponadto tę przewagę nad nieorganiczną jodyną, że wcale nie wywołuje (albo wyjątkowo rzadko) objawów jodzicy. Pozatem czas pozostawania Jothionu w ustroju jest dłuższy (96 godzin) niż jodyny lub jodków alkaljów (24 godziny). Zalety Jothionu ujawniają się również przy leczeniu błony śluzowej jamy ustnej, w której nalewka jodowa działa jeszcze bardziej drażniąco niż na skórze. Jod, podany do jam surowiczych lub do torbieli, wywołuje początkowo zupełnie tak jak w tkankach objawy miejscowego podrażnienia, a następnie wysięk surowicy i powoduje w ten sposób przejściowe zwiększenie zawartości. Następnie dochodzi do zlepnego zapalenia, które po wchłonięciu płynu prowadzi do zrośnięcia ścian i zaniku wolnej jamy. W ten sposób ulegają wchłonięciu również i wysięki, znajdujące się w zapalnie zmienionych jamach surowiczych. Taki sam jest wreszcie proces zmniejszania się obrzmiałych gruczołów, które stwierdza się zwykle po nasmarowaniu Jothionem, np. gruczołów gruźliczych.

Jod wydziela się głównie przez nerki; obecność jego stwierdza się jednak również w pocie, w mleku, w płynie mózgowo-rdzeniowym i przedewszystkiem na błonach śluzowych, jak np. na śluzówce żołądka, oskrzeli oraz w ślinie. Z powodu występowania jodu w oskrzelach wyczuwa się w wydychanem powietrzu typowy zapach jodu. Występowanie jodu w ślinie, w żółci lub w moczu zostało, jak wiadomo, z powodzeniem wykorzystane dla licznych metod badania klinicznego. Zapomocą wykazywania jodu w moczu oceniamy czynność wydzielniczą nerek. Podobnie jak skórę, jod drażni również i błony śluzowe, przez które się wydziela. Na tem polega właśnie pomyślny wpływ jodu, rozrzedzający lepką wydzielinę w przypadkach nieżytu oskrzeli i stosowanie jodu przy ciężkich nieżytach oskrzeli. Nadmierne, przyśpieszone wydzielanie jodu na błonach śluzowych (jodek potasu) może doprowadzić do objawów jodzicy (jodowy katar nosa). Nieznaczna część przyjętego jodu nie opuszcza organizmu, nagromadza się prawdopodobnie w tarczycy i zostaje zużytkowana dla syntezy hormonu.

Również i odkażające działanie jodu na skórę i błonę śluzową (jamy ustnej) polega na jego działaniu miejscowem. Działanie to dochodzi, prawdopodobnie, do skutku przez związanie jodu z białkiem, a wytworzenie białczanu jodowego jest już niewspółmierne z dalszem trwaniem życia drobnoustrojów. Z tego względu stosuje się jodynę lub Jothion również przy wielu pasorzytniczych chorobach skórnych (łupież pstry, liszaj brody, promienica i t. d.) i chorobach jamy ustnej (Gingivitis, Stomatitis, Pyorrhoea alveolaris). Dawniej stosowano często jako środek antyseptyczny jodoform. Czysty jodoform nie wykazuje jednak żadnego działania antyseptycznego. Umieszczony na powierzchni rany albo w jamie ciała (plomba jodoformowa przy gruźliczych schorzeniach kości i stawów) jodoform rozpuszcza się w wydzielinie i uwalnia jod. Wartość jodoformu polega na tem, że umożliwia on pozostawienie w ranie zapasu związku jodowego, który przez dłuższy czas bez przerwy dostarcza czynnego jodu. Jednakże jodoform powodował (zwłaszcza ze zmienionych chorobowo jam) częste przypadki zatrucia, które objawiało się halucynacjami, obłędem, drgawkami, osłabieniem serca, obrzękiem płuc, i z tego względu obecnie nie stosuje się go już prawie wcale.

Co się tyczy działania trującego, to zdarzały się przypadki zatruć wskutek wypicia nalewki jodowej. Ustrój może jeszcze znieść dawkę od 10 do 20 g, dawka zaś 30 g jest już śmiertelna. Dla leczenia zatrucia, spowodowanego wypitą jodyną, należy podawać białko, które wiąże jod, oraz jednocześnie znaczną ilość związków zasadowych. Zalecano również skrobię, działanie jej jest jednak niepewne. Jeżeli związek jodowy już uległ wchłonięciu, to może się jeszcze udać zahamować uwalnianie się jodu przez podanie węglanu sodu. Leczenie trądzika jodowego i pęcherzycy jodowej może być tylko objawowe. Jeżeli wskutek długotrwałego leczenia jodowego nastąpiło charłactwo jodowe z biciem serca i niemiarowem tętnem, które należy zapewne ujmować jako skutek nadprodukcji hormonu tarczycowego, to należy się zastanowić nad leczniczem stosowaniem

Luminalu. Wskazane jest również wypróbowanie związków arsenowych (Solarson, Elarson). Nawet najlepsze preparaty jodowe nie pozwolą nam nigdy na zupełne wyłączenie objawów ubocznego działania jodu. Niektórzy lekarze słusznie uważają, że związki jodowe, które nigdy i w żadnych okolicznościach nie wywołują jodzicy, są niewątpliwie i pod względem leczniczym bezwartościowe. Terapeutycznie nieczynne preparaty jodowe zawierają jod w tak mocno związanej postaci, że nie może on ulec rozszczepieniu. Preparaty takie mogą się jednak okazać bardzo wartościowe pod innemi względami. Można je mianowicie wykorzystać jako środki kontrastowe dla celów rentgenografji. Jeżeli połączyć jod ze związkami, które wydzielają się przez nerki, albo z żółcią, to udaje się po krótszym lub dłuższym czasie otrzymać wyraźny obraz rentgenowski anatomicznych stosunków dróg moczowych lub żółciowych. Olejek jodowy stosuje się dla uwidocznienia cienia oskrzelowego lub dla rentgenografji rdzenia, preparaty jodfenolftaleiny dla uwidocznienia układu wątrobowo-żółciowego, a związki jodowe, które wydzielają się przeważnie przez nerki, jak np. Abrodil, służą dla rentgenografji kontrastowej dróg moczowych.

Przy omawianiu działania jodu nie możemy, oczywiście, nie poruszyć chociaż w krótkości zagadnienia gruczołu tarczowego. Wydaje się, jak to już wspominaliśmy, bardzo prawdopodobnem, że niektóre objawy działania jodu są właściwie objawami działania tarczycy, dochodzącemi do skutku albo bezpośrednio albo pośrednio poprzez przedni płat przysadki mózgowej. Tak np. w doświadczeniach na kijankach objawy działania jodu i preparatów tarczycy są zupełnie jednakowe. Oba te czynniki wywołują wyraźne zmniejszenie zwierzęcia oraz przedwczesne dojrzewanie. Bliski stosunek między jodem i tarczycą był znany nietylko z badań doświadczalnych na zwierzętach; wiadomo oddawna, że hormon tarczycy zawiera znaczną ilość jodu; sama tyroksyna zawiera 65% jodu.

Tyroksyna, czyli dwujodo-p-oksyfenylo-eter dwujodo-tyrozyny, nie zastępuje jednak w zupełności działania tarczycy. Różnica działania zależy, prawdopodobnie, od tego, że tyroksyna przedstawia coprawda swoiście czynny składnik hormonu tarczycy, lecz właśnie tylko ten jeden wyodrębiony składnik, który nie może, oczywiście, wykazywać całości działania naturalnego hormonu. Z tego względu badacze naukowi nie ustawali w poszukiwaniach, mających na celu otrzymanie związku, któryby posiadał wszystkie własności normalnej tarczycy i wyróżniał się możliwie największą czystością chemiczną, dokładnością dawkowania, nieszkodliwością i brakiem niepożądanego działania ubocznego. Dzięki metodzie daleko posuniętego frakcjonowania udało się wreszcie otrzymać szczególnie wysokowartościowy preparat tarczycy — Elityran.

Stosowanie Elityranu w klinice wykazało, że preparat, pomimo znacznej zawartości jodu, odznacza się znakomitą tolerancją. Dopiero po 14-dniowem podawaniu Elityranu w dawce po 12 tabletek dziennie, co odpowiada 300 mg związku czynnego, obserwowano w poszczególnych przypadkach objawy szybko przemijających zaburzeń. Działania uboczne znikały jednak zupełnie w ciągu

2 — 3 dni po odstawieniu preparatu, tak że już po krótkim czasie można było leczenie wznowić. Stwierdzano przedewszystkiem w ciężkich przypadkach otyłości nadzwyczaj duży spadek wagi (w ciągu 14 dni — 7,5 kg; w ciągu 28 dni — 13,5 kg; w ciągu 21 dni — 17 kg) oraz wzmożenie podstawowej przemiany materji, dochodzące do 55%. Również i wpływ na diurezę był bardzo silny i zaznaczał się wyraźnie nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne uprzednio stosowane preparaty zupełnie zawodziły.

Dr. KAROL MACHOLD, III Klin. Chor. Wewn. Uniw. w Wiedniu.

LECZENIE ROPNI PŁUC.

(Referat według Dtsch. Med. Wschr. 1934, Nr. 28).

Samoistne wyleczenie ropnia płuc nie należy do tak wielkich rzadkości, jak to się naogół przyjmuje. Zdarzają się przypadki, w których lekarz, nie mogąc ustalić przez pewien czas ścisłego rozpoznania, zajmuje stanowisko wyczekujące i nie stosuje prawie żadnego leczenia; nagle i niespodziewanie samoistne przerwanie się ropnia do oskrzeli wyjaśnia rozpoznanie i prowadzi jednocześnie do samowyleczenia. *Garré* i *Quincke* w swej klasycznej monografji uważają, że jedynym ratunkiem dla chorych z ropniem płuca jest wczesna interwencja chirurgiczna i uzależniają nawet powodzenie zabiegu od dostatecznie wczesnego wkroczenia. Jednakże w ostatnich czasach autorzy coraz częściej przeciwstawiają się takiemu krańcowemu stanowisku chirurgów (*E. Melchior* i inni) i uważają, że w ciągu 6 — 8 tygodni od początku choroby należy postępować w sposób zachowawczy. Ostatnio kliniki wewnętrzne idą jeszcze dalej i nietylko odrzucają wczesny zabieg chirurgiczny, lecz uważają, że należy wyczekiwać nawet jeszcze dłużej i obserwować, czy pod wpływem pomocniczych środków zachowawczych ustrój nie doprowadzi w sprzyjających warunkach do wyleczenia samoistnego. (*F. Nagel*, *W. Weitz*). *Machold* jest zdania, że chirurdzy nie doceniają wartości terapji zachowawczej, gdyż widzą na swoich oddziałach jedynie tych chorych, u których leczenie wyczekujące zawiodło. Autor dodaje następnie, że z punktu widzenia medycyny wewnętrznej można przemawiać na korzyść postępowania zachowawczego jeszcze i z tego względu, że śmiertelność pooperacyjna ciągle jeszcze dochodzi do jednej trzeciej części operowanych przypadków i to po wielkich postępach ostatniego dziesięciolecia, które zmniejszyły tę śmiertelność o połowę. Według autora chirurgiczne statystyki powinny oddzielać przypadki czystych ropni płucnych od przypadków powikłanych zgorzelą, gdyż rokowanie zgorzeli jest znacznie poważniejsze od rokowania ropnia, co nawiasem mówiąc niepotrzebnie pogarsza statystykę śmiertelności pooperacyjnej ropni. Stosowanie odmy płucnej, zalecone przez *H. Bergmanna*, ma przedewszystkiem bardzo ograniczone wskazania, a pozatem wartość lecznicza tego zabiegu w przypadkach ropni pozostaje

jeszcze pod dużym znakiem zapytania (*A. Wehmeyer, F. Krampf*). Te same zastrzeżenia dotyczą frenektomji (*F. Falta* i inni), plomby parafinowej i pneumotomji (*L. Brauer, F. Krampf, Mitteldorf* i t. d.). Pozatem interwencja chirurgiczna niezawsze okazuje się możliwa ze względu na środkowe umiejscowienie ropnia lub niedostateczne zarysowanie jego granic; w wielu przypadkach przeciwwskazaniem do operacji jest zły stan ogólny pacjenta.

Widzimy więc, że cały szereg czynników pozwala interniście skłaniać się w postępowaniu leczniczem do terapji zachowawczej ropnia płuca. Jedno z najważniejszych zadań leczenia powinno polegać na utrzymaniu sił chorego w dobrym stanie i na niedopuszczaniu do wystąpienia objawów charłactwa. Rozumie się samo przez się, że niektóre powikłania, jak zakażenie gnilne, objawy posocznicy i t. p. mogą wpływać na nasze postępowanie i przeważyć szalę na korzyść zabiegu chirurgicznego. Niektóre przypadki wymagają — oczywiście — bezwarunkowo postępowania chirurgicznego, jak np. uszkodzenie urazowe płuca, obecność ciał obcych w oskrzelach i t. d. Jesteśmy więc całkowicie upoważnieni, aby próbować doprowadzić do wyleczenia ropnia płuca na drodze zachowawczej. Nie wolno przytem jednak zmniejszać szans powodzenia ew. potrzebnego zabiegu chirurgicznego i zwlekać zbyt długo, co mogłoby w przypadkach ciężkich i niereagujących na leczenie wewnętrzne doprowadzić do charłactwa i innych nieodwracalnych zmian (*L. Brauer, Melchior*).

Metody zachowawcze mają na celu 4 następujące sprawy: zachowanie sił ustroju, przezwyciężenie zakażenia, ograniczenie ogniska ropnego i niedopuszczenie do rozkładu ropy. Dla osiągnięcia dwóch pierwszych spraw: zachowania sił organizmu i zwalczenia zakażenia, musimy pobudzać siły obronne ustroju. Cel ten możemy osiągnąć m. in. przez zastosowanie Omnadiny, która okazuje się w stanie pobudzić wszystkie drzemiące czynniki obronne i zmobilizować je do walki. Charakter sprawy zakaźnej i rodzaj zarazków chorobotwórczych nie odgrywa przytem żadnej szczególnej roli, gdyż działanie Omnadiny jest nieswoiste.

Z powyższych względów zwrócono się na III Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Wiedeńskiego do leczenia ropni płuc zapomocą wstrzykiwań Omnadiny. *Machold* uważa, że przypadki osiągniętych wyleczeń nie należy bynajmniej uważać za wyleczenie samoistne, lecz że należy je przypisać pomyślnemu działaniu lekarstwa. Wszystkie opisane przez autora i leczone Omnadiną przypadki ropni płucnych powstały w bezpośrednim związku z przebytem niedawno zapaleniem płuc, które przedstawia, jak wiadomo, jedną z najczęstszych przyczyn ropni płucnych.

Dla możliwie przedmiotowej oceny wpływu leczniczego Omnadiny autor notował starannie krzywą gorączkową, ilość plwociny, jej jakość i t. d. oraz krzywą wagi. Nie ulega wątpliwości, że spadek gorączki i zmniejszenie się ilości plwociny obserwujemy również w przypadkach utrzymywanych na terapji obojętnej, lecz prawie zawsze po takiej chwilowej poprawie następuje po-

gorszenie objawów chorobowych. Zjawiska te dowodzą jednak usiłowań ustroju przezwyciężenia choroby. Samoistne wyleczenie jest prawie niemożliwe bez przerwania się ropnia do oskrzeli. Przerwanie to objawia się ukazaniem się w plwocinie włókien elastycznych. Stanowi ono conditio sine qua non wyleczenia, nie jest jednak w żadnych okolicznościach przeciwwskazaniem do stosowania Omnadiny, która po wytworzeniu się połączenia ropnia z oskrzelem pomaga ustrojowi w jego ciężkiej walce z zakażeniem.

Jako przykłady wpływu Omnadiny na ropień płucny autor podaje 5 następujących historyj chorób:

1. A. D. lat 50. 16.I.1930: Lewostronne zapalenie górnego płata płucnego i zapalne objawy nacieczeniowe w prawym górnym płacie, rozedma i przewlekły nieżyt oskrzeli. Leczenie: naparstnica, Hexeton, kamfora, Mixtura solvens, hydroterapja. Po pierwszych dwóch dniach bezgorączkowych wieczorami znowu podwyższenia ciepłoty. Objawy ropnia w lewym górnym płacie. Ilość dobowa plwociny przekracza 200 cm³, plwocina ropna, o słodkawym zapachu, zawiera włókna sprężyste. Waga 37,2 kg. Ze względu na stan wyniszczenia operacja nie mogła tu wchodzić w rachubę. Chory otrzymał ogółem 9 wstrzykiwań Omnadiny. Gorączka opadła, ilość plwociny zmniejszyła się; 19.II. w plwocinie włókien elastycznych już nie znaleziono. Badania rentgenowskie wykazały postępujące zmniejszanie się jamy ropnia. W okresie rekonwalescencji waga zwiększyła się o 10 kg.

2. F. M., lat 24. Po anginie i prawostronnem zapaleniu górnego płata płucnego ropień płuca. Dobowa ilość plwociny 150 — 250 cm³. Plwocina zawiera liczne pneumokoki; laseczników gruźliczych nie znaleziono. Wstrzykiwania Neosalvarsanu. Po trzeciem wstrzyknięciu trzeba było dalszego leczenia salvarsanowego zaniechać z powodu wymiotów i obfitych potów. Na zabieg chirurgiczny chory się nie zgadza. Próba leczenia Omnadiną. Wyraźna poprawa samopoczucia, apetytu i tętna. W krótkim czasie stan bezgorączkowy. Ilość plwociny zmniejsza się do 50 cm³. Plwocina ciągle jeszcze ropna, włókien elastycznych nie zawiera.

3. T. F., lat 53. Cukrzyca z acetonurją. 16.I.33 zapalenie płuc. Leczenie: środki nasercowe, dieta, insulina. 14.II znaleziono w plwocinie po raz pierwszy włókna elastyczne. Rozpoznanie ropnia płuca zostało potwierdzone przez fotografję rentgenowską. Leczenie: dieta, insulina, drenowanie przez układanie w odpowiedniej pozycji, wstrzykiwania Omnadiny. Po 9 wstrzyknięciach Omnadiny stan bezgorączkowy. Przy wypisywaniu z kliniki w dniu 29.IV.33 jama ropnia była już wielkości zaledwie małego grochu.

4. P. V., lat 48. Ropień płuca w prawym dolnym płacie po grypowem zapaleniu płuc. Po 6 wstrzyknięciach Omnadiny (2 razy dziennie) gorączka, która dotychczas utrzymywała się około 38,5°, opadła do stanów podgorączkowych. Po dalszych 4 wstrzyknięciach Omnadiny, temperatura normalna. Dobowa ilość plwociny wynosi około 20 cm³.

5. J. W., lat 36. 10.XI.1932 zapalenie lewego dolnego płata płucnego. Po spadku gorączki nowy skok temperatury z powodu wytworzenia się ropnia płucnego. Leczenie Omnadiną

dało tu taki sam szybki pomyślny wynik leczniczy jak w przypadku Nr. 2. Po trzech dniach stosowania Omnadiny stan bezgorączkowy. Po 8 dniach znowu gorączka. Wyleczenie ostateczne po dwóch dalszych wstrzyknięciach Omnadiny.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że w każdym przypadku ropnia płuc należy przed oddaniem chorego w ręce chirurga wypróbować działanie Omnadiny, która wykazuje zwykle bardzo pomyślny wpływ na przebieg choroby. Zabieg chirurgiczny jest wskazany tylko w przypadkach powikłanych oraz w tych przypadkach, w których Omnadina i inne środki leczenia zachowawczego nie dały oczekiwanego wyniku.

Dr. STAHOVSKY, Spiská Nová Ves, Č. S. R.

LECZENIE JAGLICY.

(Referat według Arch. Schiffs-u. Tropenhyg. 1935, tom 39, Nr. 1).

Autor nie stosuje miejscowego leczenia jaglicy, z powodu jego bezskuteczności. Metoda autora polega na podskórnem wstrzykiwaniu raz na tydzień 3 — 5 cm³ 4%-owego roztworu Yatrenu 105, oraz w innym dniu tygodnia 1 cm³ 5%-owego wyjałowionego roztworu wyciągu z rośliny Hedera terrestis, do którego również dodaje się Yatrenu 105. Wyciąg lub napar z Hedera terrestis (bluszcz ziemny) jest to ludowy środek leczniczy przeciwko dychawicy oskrzelowej, gruźlicy, chorobom dróg moczowych i gorączce; zioła zawierają według *Gessnera* (Die Gift — und Arzneipflanzen, 1931) 3% kwasu garbnikowego, nieco olejków eterycznych i nieznany związek gorzki. Autor leczy w ten sposób jaglicę już od 10 lat i osiąga bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Oto kilka przykładów, wybranych dowolnie z pośród bardzo licznych odnośnych spostrzeżeń:

1. Pani C., lat 60, od lat dziecinnych choruje na jaglicę. Trachoma IV według *Mac Callana*. Silne podwinięcie i bliznowate zmiany górnej powieki. Owrzodzenie rogówki długości 5 mm i szerokości 4 mm wskutek tarcia rzęs o rogówkę, ponadto zapalenie ciałka rzęskowego i ropienie w komórce przedniej. Bardzo silne bóle. Należało się liczyć z szybką zupełną ślepotą. Pozostawiając bez zmiany dotychczasowe bezskuteczne leczenie miejscowe zapomocą atropiny i środków odkażających, autor zastrzyknął ponadto podskórnie 4 cm³ Yatrenu 105, a po kilku dniach roztwór wyciągu z Hedera terrestis. Tolerancja Yatrenu 105 była doskonała, natomiast roztwór wyciągu roślinnego spowodował silne miejscowe podrażnienie pod postacią ograniczonego przekrwienia i wrażliwości uciskowej; objawy te następnie powoli ustąpiły. Po kilku dniach znaczna poprawa. Leczenie wstrzykiwaniami stosowano nadal, zarządzając tygodniowe przerwy. Już w trzecim tygodniu chora sama mogła przyjść do ambulatorjum zmiany jaglicze cofały się stopniowo, siła widzenia zwiększała się stale. W wyniku ostatecznym zupełne wyleczenie.

2. M. K., choruje na jaglicę od wielu lat; zapalenie rogówki i ciałka rzęskowego z dotkliwemi bólami, zły stan ogólny; leczony przez innych okulistów heroicznemi dawkami morfiny, jednak bez żadnej ulgi. Yatren 105 sprowadza natychmiastową poprawę. Oko zostaje uratowane i pacjent wyleczony.

3. S. J., lat 20, jaglica od wielu lat. Łącznica górnej powieki zabarwiona na żółto i bliznowato zmieniona, rozsiane czerwone ziarna wielkości jęczmienia, zapalenie powiek. Co tydzień jedno wstrzyknięcie Yatrenu 105. Po szóstem wstrzyknięciu pozostały już tylko zmiany bliznowate, po dziewiątem wstrzyknięciu błona śluzowa górnej powieki niemal prawidłowa.

4. Pani M. S., Pannus trachomatosus. Rogówki obu oczu silnie uwypuklone. Siła widzenia osłabiona do tego stopnia, że chora może dobrze liczyć palce dopiero z odległości 1 metra. Po ośmiu wstrzykiwaniach wszystkie objawy chorobowe cofnęły się zupełnie. Pacjentka zupełnie wyleczona; po upływie 5-ciu lat pozostała dotychczas zdrowa.

5. M. H., 16-letnia dziewczyna; od wczesnego dzieciństwa choruje na jaglicę. Po ośmiu wstrzykiwaniach Yatrenu 105 zmiany łącznic ustąpiły i wydzielanie powróciło prawie do normy.

6. 30-letnia cyganka. Łuszczka jaglicza oraz garbiak. Liczy palce dopiero z odległości 1,5 metra. Po sześciu wstrzykiwaniach może liczyć już palce z odległości 20 metrów. Chora znajduje się jeszcze w leczeniu.

Przy zwykłej jaglicy autor wstrzykuje wyłącznie Yatren 105, przy ciężkich zaś powikłaniach jak Keratitis, Iritis, Iridocyclitis, wstrzykuje ponadto wyciąg z Hedera terrestis.

Prof. dr. ERWIN THOMAS, dyrektor Miejskiego Szpitala dla dzieci w Duisburgu.

CHOROBY GRUCZOŁÓW WEWNĄTRZWYDZIELNICZYCH U DZIECI.

(Referat według Deutsche Medizinische Wochenschrift 1933, Nr. 46).

Dzieciństwo jest okresem wzrostu i rozwoju. Poznanie wpływu narządów wewnątrzwydzielniczych na wzrost i rozwój sprawiło, że przez jakiś czas uzależniano zjawiska wyłącznie od czynników wewnątrzwydzielniczych. Jednakże obecnie nauczyliśmy się z wielką dokładnością odróżniać, co zależy od gruczołów wewnątrzwydzielniczych i jakie zjawiska są od nich zupełnie niezależne. U człowieka i u wyższych kręgowców wzrost i rozwój osiągają swe największe natężenie w pierwszych miesiącach życia płodowego, czyli w czasie, gdy gruczoły wewnątrzwydzielnicze jeszcze wogóle nie są czynne. Badania doświadczalne na zwierzętach wykazały ponadto, że narządy wewnątrzwydzielnicze matki nie są koniecznie potrzebne dla rozwoju płodu. Np. płody samiczek ciężarnych, pozbawionych tarczycy, rozwijają się bez żadnych większych zmian konstytucjonalnych, pomimo że początkowo gruczoły wewnątrzwydzielnicze płodu wcale nie są jeszcze rozwinięte w tym stopniu, aby mogły same przez się wykazywać jakikolwiek wpływ. Pozatem wiemy, że gruczoły wewnątrzwydzielnicze stanowią narządy filogenetycznie stosunkowo późne, gdyż istnieją one wyłącznie u kręgowców, podczas gdy rozwój anatomiczny bezkręgowców, czasami bardzo zawiły, odbywa się bez ich udziału.

Należy więc uznać, że w pierwszych okresach życia jedyny czynnik pobudzający stanowią bodźce wzrostu i rozwoju, które tkwią w chromozomach.

Natomiast w dalszych okresach krzywa rozwoju przyjmuje bieg ustalony prawami dziedziczności. Gruczoły wewnątrzwydzielnicze znajdują się niewątpliwie przedewszystkiem pod wpływem praw rządzących dziedzicznością, przyczem nie można tu jednak zupełnie odrzucić współistnienia zależności od czynników chromozomalnych.

Gruczoły wewnątrzwydzielnicze nie są w stanie stworzyć samodzielnie, bez współudziału innych czynników, postaci istoty żyjącej. Współpracują one jedynie przy realizacji tego, co istnieje w danym osobniku. Należy je więc nazwać nie morfogenetycznemi lecz morfokinetycznemi. Jednakże w warunkach patologicznych gruczoły wewnątrzwydzielnicze mogą zmienić rozwój morfologiczny, jak to np. spostrzegamy w gigantyzmie lub w akromegalji.

Nadnercza. — Hipoplazja i hiperplazja nadnerczy wykazują niewątpliwy wpływ na rozwój płodowy. Niedomoga nadnerczy może się przejawiać w sposób ostry i spowodować nawet nagłą śmierć w chwili urodzenia się, jak to np. zdarza się przy obustronnym wylewie krwawym. Również i krwawienia jednostronne, chociaż nie wywołują niedomogi nadnerczy, mogą przebiegać śmiertelnie. Przypadki, w których na podstawie postępującej anemji i dającego się wymacać rosnącego guza można było postawić trafne rozpoznanie, udało się uratować zapomocą odpowiedniej interwencji chirurgicznej. Niedomoga nadnerczy występuje nierzadko również przy zespole *Waterhouse'a.* Następnie znamy poważne zaburzenia występujące w przebiegu wielu chorób, a zwłaszcza podczas błonicy i posocznicy, które powstają na podłożu niedomogi wydzielniczej kory nadnerczy. W licznych przypadkach zmiany w nadnerczach były tak poważne, że uzależnienie zejścia śmiertelnego właśnie od tych zmian wydaje się zupełnie uzasadnione. Śród zaburzeń przewlekłych należy wymienić chorobę *Addisona,* która zdarza się u dzieci bardzo rzadko. Wiadomo, że choroba ta jest obecnie przedmiotem badań terapeutycznych, które otwierają duże perspektywy lecznicze w związku ze stosowaniem nowych wyciągów kory nadnerczy.

Hiperplazje nadnerczy występują czasami w połączeniu z różnemi nieprawidłowościami rozwojowemi narządu moczo-płciowego. Badanie ich konstytucji wykazuje, że zaburzenia te miały swój początek już w pierwszych okresach rozwoju. To przypadkowe współistnienie nie ma nic wspólnego z wydzielaniem wewnętrznem i zależy wyłącznie od nieprawidłowego rozdziału materjałów konstrukcyjnych na początku życia płodowego. Niektóre hiperplazje, wywołane guzami kory nadnerczy, powodują maskulanizację dziewcząt. Widuje się przerost łechtaczki, przedwczesne ukazywanie się włosów w okolicy narządów płciowych i t. d. Operacyjne usunięcie guza doprowadza przeważnie do ustąpienia tych objawów. W kilku bardzo rzadkich przypadkach guzy nadnerczy wywołały przedwczesny rozwój cech płciowych u chłopców, co zdarza się jednak zwykle w związku z guzami szyszynki.

Tarczyca. — Z pośród zmian chorobowych, jakim może w wieku dziecięcym ulegać tarczyca, na największą uwagę zasługują hiperplazje. W wielu miejscowościach stwierdzono zwiększenie się częstości wola, co skłoniło wielu lekarzy, zwłaszcza w Szwajcarji, do powszechnego zalecania soli jodowanej. U dzieci stosowanie soli jodowanej jest postępowaniem zupełnie nieszkodliwem i nie nasuwa żadnych obaw. Natomiast u dorosłych sól jodowana może wywołać bardzo niepożądane objawy uboczne i powikłania, co zmusza do ograniczenia jej stosowania na szeroką skalę.

Co się tyczy choroby Basedowa, to występuje ona u dzieci bardzo rzadko. W pierwszych latach życia zdarza się zupełnie wyjątkowo. U noworodków opisano dotychczas zaledwie jeden przypadek. W porze pokwitania choroba Basedowa staje się częstszą.

Zespół objawów, który występuje w związku z wrodzonym brakiem gruczołu tarczowego, jest obecnie już dostatecznie znany, tak że nie potrzebujemy go tu szczegółowo opisywać. Zasługuje na uwagę, że zmiany typowe (obrzęk śluzakowaty, obrzmienie języka i t. d.) zjawiają się dopiero w kilka miesięcy po urodzeniu. Wydaje się prawdopodobnem, że takie dzieci otrzymują od swych matek pewną określoną rezerwę hormonu tarczycy, która powoli się wyczerpuje.

Grasica. — Znaczenia grasicy, która posiada w dzieciństwie wielkie rozmiary, dotychczas jeszcze dokładnie nie znamy. Narząd ten ma, prawdopodobnie, pewien związek z wzrostem. Według szczegółowych badań *Hammara* ciałka *Hassla* mają posiadać własności odtruwające. Badania *Hammara* wykazały ponadto związek czynnościowy grasicy z innemi gruczołami wewnątrzwydzielniczemi i wyjaśniły do pewnego stopnia jej znaczenie przy niektórych znanych zespołach wewnątrzwydzielniczych. Teorja nagłej śmierci, zależnej jakoby od przerostu grasicy, została już obalona w sposób ostateczny. Czynności tego gruczołu wykazują, jak się zdaje, wpływ na przemianę wody i soli.

Pojęcia: „stan limfatyczny“ i „status thymico-lymphaticus“ są jednoznaczne i odróżnianie ich jest niepotrzebne. Pod określeniem stanu grasiczo-limfatycznego rozumiemy anomalję konstytucjonalną, przy której grasica jest znacznie powiększona, gruczoły chłonne bardzo rozwinięte i której towarzyszy skłonność do nagłej śmierci. Stany takie należy zaliczyć z różnych względów do skazy wysiękowej.

Przytarczyczki. — Po wykryciu czynności gruczołów przytarczycznych i po zapoznaniu się z ich wpływem na pobudliwość nerwów i mięśni, uzależniono tężyczkę dziecięcą od tych właśnie gruczołów.

Ostatnio opisano kilka przypadków prawie zupełnego braku gruczołów przytarczycznych, które wykazywały objawy ciężkiej spazmofilji i zmarły podczas drgawek.

W międzyczasie *Collip* wyodrębnił hormon gruczołów przytarczycznych. Hormon ten okazał się jednym z najważniejszych czynników, od których zależy wapniowa przemiana materji.

Przy niektórych chorobach kości, jak rozmiękczenie kości, ostitis fibrosa i krzywica, stwierdza się przerost przytarczyczek. W przeszło 30 przypadkach ostitis fibrosa cystica (choroba *Recklinghausena*) udało się doprowadzić do wyleczenia lub znacznej poprawy zapomocą częściowego wycięcia przerośniętych gruczołów.

Odnośnie do tężyczki dziecięcej można dzisiaj uznać, że polega ona na istotnej niedomodze przytarczyczek.

Przy dzisiejszym stanie endokrynologji uważamy, że znaczenie przytarczyczek przy krzywicy i tężyczce jest tak samo pewne jak znaczenie wysepek *Langerhansa* w trzustce przy cukrzycy. Wszystko, co zmienia w jakikolwiek sposób czynność przytarczyczek, może wywołać tężyczkę. Wszystko, co poprawia te czynności, przyczynia się do wyleczenia.

Przysadka. — Nasze wiadomości o przysadce zwiększyły się ostatnio w sposób nadspodziewany. Jest poprostu zadziwiające, jak w takim niewielkim gruczole wewnątrzwydzielniczym może się wytwarzać tyle hormonów. Płat przedni wytwarza trzy rodzaje hormonów: przedewszystkiem hormon wzrostu, wyodrębniony przez *Evansa*, a ponadto różne hormony metaboliczne. Nie ulega wątpliwości, że przysadka wytwarza hormon wpływający na tłuszczową przemianę materji. Przysadka zawiera również znaczną ilość bromu i wydaje się, że jeden z jej hormonów obfituje w brom.

Bardzo duże znaczenie mają hormony płciowe, wytwarzane przez przysadkę, którą z tego względu słusznie nazwano motorem czynności płciowych. Dotychczas wyodrębniono trzy hormony tej grupy, pochodzące z przedniego płata przysadki. Czynność tych hormonów jest związana z obecnością gruczołów płciowych i nie ujawnia się wcale u zwierząt kastrowanych. Jeden z tych hormonów, warunkujący dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych, rządzi wytwarzaniem follikuliny, pod której wpływem zachodzą zmiany proliferacyjne w śluzówce macicy. Inny hormon wpływa na wytwarzanie luteiny, która pobudza wydzielanie błony śluzowej macicy i stwarza najlepsze warunki dla zagnieżdżenia się jaja.

Tylny płat przysadki zawiera conajmniej trzy różne związki: a) związek, który zwiększa ciśnienie krwi i posiada wielki wpływ na wydzielanie moczu; b) związek, który energicznie pobudza macicę; c) związek, który rozszerza melanofory.

Na pierwszem miejscu należy tu wymienić choroby związane z niedomogą czynnościową przysadki. Wychudzenie i charłactwo przysadkowe, stosunkowo częste u dorosłych, zdarza się u dzieci wyjątkowo rzadko. Karłowatość przysadkowa jest natomiast nieco częstsza, lecz pewne rozpoznanie tego schorzenia jest bardzo trudne, gdyż główny jego objaw, infantylizm płciowy, może przy

rozpoznawaniu wchodzić w rachubę dopiero po okresie pokwitania. Odróżnienie karłowatości przysadkowej od karłowatości tarczycowej jest łatwe. Przy niedomodze tarczycy stwierdza się wyraźnie objawy kretynizmu i znaczne spóźnienie rozwoju kości.

Z pośród stanów nadczynności przysadki należy tu wspomnieć przedewszystkiem o gigantyzmie przysadkowym i akromegalji.

Hormony płciowe zaczynają u dzieci działać dopiero poczynając od okresu pokwitania. Wydaje się, że hormony płciowe w ciągu całego czasu dzieciństwa nie działają wcale. W fizjologji noworodka rolę odgrywają do pewnej chwili hormony płciowe matki.

Przypadki przedwczesnego rozwoju płciowego były zawsze przedmiotem szczególnej uwagi badaczy. Przy omawianiu zmian nadnerczy zaznaczyliśmy, że hiperplazje i guzy tych gruczołów mogą wywoływać w okresie pierwszego dzieciństwa pewną przedwczesną dojrzałość płciową, polegającą na maskulinizacji dziewcząt.

Na zakończenie autor omawia w krótkości związek między układem nerwowym, głównie mózgiem, i wydzielaniem wewnętrznem. Prawidłowe wytworzenie półkul mózgowych zależy do pewnego stopnia od prawidłowego stanu nadnerczy. Związek między tarczycą i mózgiem jest bardzo bliski. Brakowi gruczołu tarczycowego (thyreoaplasia) towarzyszą prawie zawsze wrodzone zmiany mózgowe, które nie ustępują pod wpływem odpowiedniej organoterapji. Przy kretynizmie nagminnym stwierdzamy współistnienie zmian mózgu i tarczycy. Całkowite usunięcie tarczycy wywołuje idjotyzm. Należy tu również wymienić wielkie zmiany w układzie nerwowym przy chorobie Basedowa, poczynając od drżenia i kończąc na zaburzeniach psychicznych. Stosunki między przysadką i sąsiedniemi częściami mózgu są również bardzo bliskie. Dokładne poznanie ważnych i zawiłych stosunków istniejących między mózgiem i wydzielaniem wewnętrznem będzie już zagadnieniem najbliższej przyszłości.

Dr. R. BEZECNY, asyst. Niem. Kliniki Dermat. w Pradze Czeskiej (Dyrektor: prof. dr. E. C. Kreibich).

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM SOLU-SALVARSANU.

(Referat według Dermatol. Wochenschr. 1932, Nr. 18).

Autor zdaje sprawę z wyników swoich dwuletnich spostrzeżeń klinicznych nad leczniczem działaniem Solu-Salvarsanu, preparatu salvarsanowego, przeznaczonego do stosowania domięśniowego. Jest to gotowy do użytku, utrwalony, 10%-owy roztwór 3, 4-dwuacetylo-amido-4-oksy-arsenobenzolo-2-glikolanu sodu. 1cm³ zawiera 0,1 g preparatu, nastawionego na 20% arsenu, czyli 0,02 g As. Roztwór, koloru żółtawego, jest zupełnie przezroczysty i trwały.

Ze spostrzeżeń autora wynika, że Solu-Salvarsan jest obdarzony niewątpliwem swoistem działaniem przeciwkiłowem i że już nawet stosunkowo niewielkie dawki tego preparatu wykazują pomyślne działanie lecznicze. Tolerancja Solu-Salvarsanu jest bardzo dobra i, co zasługuje na szczególną uwagę, nie wywołuje on żadnych objawów ubocznych nawet u tych chorych, którzy nie znosili wstrzykiwań Neosalvarsanu. Nadwrażliwość na Neosalvarsan nie jest więc przeciwwskazaniem do wypróbowania Solu-Salvarsanu. Przypadki nietolerancji Solu-Salvarsanu, aczkolwiek zasadniczo możliwe, zdarzają się wyjątkowo rzadko. Żadnych poważniejszych powikłań lub niepożądanych objawów ubocznych autor nie obserwował ani razu.

W licznych przypadkach lepieży płaskich dokonywano badań nad wpływem Solu-Salvarsanu na znikanie krętków bladych. Okazało się, że już po 2—3 wstrzyknięciach krętki znikały bez śladu.

W spostrzeżeniach autora dawki pojedyńcze wahały się od 2 do 5 cm^3, a dawka ogólna na kurację wynosiła 20 do 50 cm^3. Przy dawkowaniu autor nie zwracał żadnej szczególnej uwagi na różnicę dawek dla mężczyzn i dla kobiet, gdyż dążeniem kliniki już oddawna jest stosowanie nie dawek maksymalnych, lecz wyłącznie średnich, które zarówno kobiety jak i mężczyźni znoszą zupełnie dobrze. Za najodpowiedniejszą dawkę pojedyńczą uważa autor 2 do 4 cm^3. Jednakże jeżeli przestrzegać odpowiednich przerw między wstrzykiwaniami, nie mniejszych niż 4—6 dni, to można bez zastrzeżeń wstrzykiwać i po 5 cm^3 na dawkę. Przeciętna dawka ogólna wynosi około 30—36 cm^3.

Co się tyczy wskazań do stosowania Solu-Salvarsanu, to przedewszystkiem wchodzą tu w rachubę przypadki, które nie znoszą dożylnych wstrzykiwań Neosalvarsanu. Chorzy tacy z nietolerancją Neosalvarsanu lub innego dożylnie stosowanego preparatu tego rodzaju znoszą przeważnie Solu-Salvarsan zupełnie dobrze. W każdym razie należy jednak być ostrożnym, gdyż może się zdarzyć nadwrażliwość również i w stosunku do Solu-Salvarsanu. W przypadkach takich wskazane jest zaczynać od 1 cm^3. Autor osobiście spostrzegał szereg przypadków nie znoszących Neosalvarsanu i Myo-Salvarsanu, a reagujących bardzo dobrze na Solu-Salvarsan.

Dalszem wskazaniem do stosowania Solu-Salvarsanu jest kiła u ludzi starych, a zwłaszcza kilaki. Słusznie unikamy u ludzi starych wstrzykiwań dożylnych. Wskazane są tu raczej wstrzykiwania domięśniowe. Wobec tego, że przekonaliśmy się, iż Solu-Salvarsan jest preparatem swoiście czynnym i jego działanie terapeutyczne jest dostatecznie silne, leczenie takich przypadków Solu-Salvarsanem wydaje się nam całkowicie uzasadnionem. Następnie wchodzą dla leczenia Solu-Salvarsanem w rachubę te przypadki, w których wstrzykiwania dożylne są niemożliwe ze względów technicznych. Jeszcze jedna dziedzina wydaje się bardzo odpowiednią do stosowania Solu-Salvarsanu, a mianowicie te przypadki, w których leczenie salvarsanowe przedstawia ostatni pomocniczy środek rozpoznawczy.

Jeżeli w przypadkach wątpliwych odczyny surowicze i inne metody badania nie dają nam dostatecznych wskazówek rozpoznawczych, to nie pozostaje nam nic innego, jak wnioskować ex juvantibus. Pozyskanie nowego skutecznego leku, który nie wywołuje żadnych zaburzeń i nadaje się do wstrzykiwań domięśniowych, należy tu uważać za cenne wzbogacenie naszego przeciwkiłowego arsenału terapeutycznego.

Na podstawie swoich obserwacyj autor dochodzi do następujących wniosków ostatecznych:

Wstrzykiwania Solu-Salvarsanu nie wywołują zwykle żadnych zaburzeń.

Tolerancja preparatu jest w granicach dawek leczniczych bardzo dobra.

Wykwity kiłowe i odczyny surowicze poddają się szybko pomyślnemu działaniu leczniczemu Solu-Salvarsanu.

Najważniejsze wskazania do stosowania Solu-Salvarsanu są następujące: Przypadki nietolerancji preparatów salvarsanowych we wszystkich okresach kiły, kiła u ludzi starych oraz przypadki kiły, w których wstrzykiwania dożylne są niemożliwe ze względów technicznych. Autor uważa, że Solu-Salvarsan wypełnił lukę istniejącą dotychczas w szeregu preparatów salvarsanowych.

BÓLE GŁOWY I MIGRENA.

(Referat według Podręcznika chor. wewn. Strümpell - Seyfarth 1931, tom 2, i innych).

Bóle głowy są częstym objawem różnych chorób. Najłagodniejszą postać bólów głowy stwierdzamy jako wyraz ogólnego wyczerpania lub zmęczenia, przy niedokrwistości, po nadmiernem spożyciu alkoholu, przy nadużywaniu nikotyny, przy dolegliwościach żołądkowych i jako skutek przepracowania umysłowego. Bóle głowy o silnem natężeniu bywają często zwiastunami rozpoczynającej się choroby zakaźnej (grypa, nieżyt zatoki czołowej, zapalenie opon mózgowych, kiła i t. d.). Najsilniejsze bóle głowy powstają w związku ze zwiększeniem się ciśnienia wśródczaszkowego, np. przy ropniach lub guzach mózgu. Według obecnie panujących poglądów bóle głowy zależą nie od zadziałania czynnika szkodliwego na sam mózg, lecz od podrażnienia opon mózgowych, czyli że bóle głowy są w swej istocie bólami meningealnemi. Co do samego sposobu powstawania podrażnienia, większość autorów wyraża następujący pogląd: działanie jadów zwęża naczynia krwionośne mózgu, zwężenie to utrudnia prawidłowe ukrwienie mózgu i zwalnia proces usuwania produktów przemiany materji; produkty te drażnią nerwy oponowe i podrażnienie to odczuwamy jako ból. Możliwe jest jeszcze inne tłumaczenie, a mianowicie, że niedostateczne ukrwienie i niedostateczne w związku z tem zaopatrywanie tkanek w tlen już samo przez się wystarcza dla podrażnienia opon. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że najważniejszą bezpośrednią przyczyną bólu głowy jest skurcz naczyń i że usunięcie tego skurczu jest w stanie uśmierzyć ból. Rozumie się samo przez się, że przy leczeniu należy przedewszystkiem

uwzględniać chorobę podstawową, walczyć z zakażeniem, usuwać anemję i t. d. Jednakże nawet w przypadkach, w których ból głowy do tego stopnia opanowuje obraz chorobowy, że pacjent domaga się przedewszystkiem uśmierzenia tego bólu, nie możemy w naszem postępowaniu leczniczem ograniczyć się tylko do leków, które jak np. kofeina, rozszerzają naczynia mózgowe. Wiadomo, że typowe i powszechnie stosowane środki przeciwko bólom głowy jak Aspirina i Pyramidon, również wywierają na naczynia mózgowe ten pożądany wpływ rozszerzający, lecz posiadają one ponadto jeszcze bezpośrednie działanie przeciwbólowe, którego w danym przypadku nie należy niedoceniać. Znaczenia tego ogólnego działania przeciwbólowego dowodzi najlepiej fakt, że Aspiryna i Pyramidon o wiele skuteczniej uśmierzają bóle głowy niż kofeina, która jest w stanie tylko rozszerzać naczynia ale nie działa przeciwbólowo. Kofeina jest natomiast bardzo cennym środkiem uzupełniającym działanie Aspiryny lub Pyramidonu i z tego względu liczne, gotowe, kombinowane preparaty przeciwko bólom głowy zawierają dodatek kofeiny.

Od zwykłych objawowych bólów głowy należy odróżniać migrenę, będącą samoistną odrębną jednostką chorobową. Niektórzy autorzy uznają nawet istnienie pewnego pokrewieństwa między migreną i padaczką. Wiele okoliczności przemawia na korzyść poglądu, że napad migreny powstaje na tle skurczu naczyń krwionośnych mózgu i opon mózgowych.

Na migrenę chorują prawie wyłącznie kobiety. Początek choroby datuje się zwykle już od dzieciństwa lub w każdym razie od wczesnej młodości. Migrena rozpoczyna się nierzadko już w pierwszym dziesiątku lat. Bóle głowy, które zaczynają się po 30 roku życia, nie są bólami migrenowemi. Po 40 roku życia natężenie i częstość napadów migreny się zmniejsza i często zdarza się, że następnie, z biegiem czasu migrena ustępuje zupełnie. W większości przypadków migrenowy ból głowy jest jednostronny, umiejscowiony w okolicy czoła, skroni i oczodołu, może jednak przechodzić również i na drugą stronę. Bólowi głowy towarzyszą zwykle mdłości, które kończą się nierzadko silnemi wymiotami. Wymioty przy migrenie są zupełnie niezależne od przyjmowania pokarmów i często bywają zwiastunem zakończenia napadu. Mdłości i wymioty występują czasem dopiero w późniejszym przebiegu migreny. Ból głowy może być tak silny, że chora jest zmuszona ukryć się w zaciemnionym pokoju, gdzie stara się uniknąć wszelkich możliwych podrażnień. W przypadkach bardzo ciężkich napadów migreny może dojść nawet do przemijającej ślepoty. Podczas ciężkiego napadu twarz jest przeważnie blada, rzadziej bywa zaczerwieniona. Czasami występują jeszcze inne zaburzenia krążeniowe, jak zaczerwienienie spojówek i obrzmienie powiek i twarzy. Często chore skarżą się na migotanie przed oczami. Chore widzą — połowicznie lub obustronnie — poruszające się zjawiska świetlne na obwodzie pola widzenia: iskry, błyskawice, świecące strzały, które mogą się mienić wszystkiemi barwami widma i przeważnie po kilku minutach znikają. Czasami zaburzenia dotyczą tylko jednego oka. Mogą występować również i objawy ze strony móżdżku (zawroty). Czę-

stość napadów waha się w bardzo dużych granicach od 2 — 3 razy na rok do kilku napadów w ciągu tygodnia. Również i czas trwania napadu waha się od 12 godzin do kilku dni.

Rozpoznanie typowej migreny jest przeważnie łatwe; przypadki lżejsze nasuwają jednak czasem znaczne trudności rozpoznawcze. Ważne jest przedewszystkiem odróżnienie migreny od bólów głowy, powstających na innem podłożu. W rachubę wchodzą tu „reumatyczne" bóle głowy w mięśniach karku i tylnej części głowy. Różnią się one od migreny brakiem jej zasadniczych objawów oraz innym przebiegiem. Nerwobóle głowy są przeważnie ograniczone do okolicy unerwienia jednego lub kilku nerwów. Większe trudności rozpoznawcze może sprawiać odgraniczenie migreny od bólów, pochodzących z chorobowo zmienionych opon mózgowych, jak np. przy cierpieniach kiłowych, guzach, miażdżycy i innych. Jedną z najczęstszych przyczyn objawowych bólów głowy jest wzmożone ciśnienie tętnicze. Dokładne badanie pozwala zawsze z łatwością wykryć właściwe podłoże bólów głowy, występujących w związku z niedokrwistością lub ciężkiemi chorobami nerek. Zawsze należy pamiętać o bólach głowy, wywołanych jadami, jak np. nikotyną, tlenkiem węgla, zatruciem metalami lub innemi szkodliwemi związkami. Znaczny odsetek bólów głowy może zależeć od zaburzeń w czynnościach przewodu pokarmowego lub od nieprawidłowego sposobu odżywiania.

Wreszcie pozostaje jeszcze duża ilość przypadków bólu głowy, występujących przeważnie u osobników neuropatycznych, dla wyjaśnienia których nie znajdziemy dostatecznej przyczyny, pomimo najstaranniejszego nawet badania. Takie samoistne bóle głowy są zwykle bardzo uporczywe i słabo reagują na wszelkie zabiegi lecznicze.

Co się tyczy leczenia migreny, to w lżejszych postaciach wystarczają zwykle Aspiryna, Pyramidon, Gardan, ew. w połączeniu z kofeiną. *Romberg* daje przy lżejszych napadach fenacetynę z kofeiną lub teobrominą.

Przy cięższych napadach należy oprócz Pyramidonu podawać również Luminal, najlepiej w postaci Luminaletek (przez długi czas 1 — 3 razy dziennie po 1 Luminaletce). Przy szczególnie ciężkich napadach wskazanem jest spróbować również i chininę. Należy, oczywiście, również pamiętać o odpowiedniem uregulowaniu trybu życia, o diecie z przewagą potraw jarskich, o potrzebie codziennego wypróżnienia i o zakazie alkoholu i nikotyny.

CZAROWNICE.

(Dokończenie).

Liczne kobiety uważały się same za opętane czarami. Tłumaczy się to halucynacjami, jakie wywoływały napój lub maść. Mieszaniny te zawierały wyciągu z trujących roślin jak lulek (Hyoscyamus), wilcza jagoda (Atropa Belladonna), szalej (Cicuta) lub jakikolwiek inny narkotyk. U niektórych kobiet stosowanie tych maści przechodziło do tego stopnia w nałóg, że nie mogły się one już uwolnić od tej toksykomanji. Maść tę stosowano przeważnie per vaginam Kobiety te doznawały podczas swego odurzenia toksycznego różnych wrażeń, widziały jakieś niesamowite obrazy i mogły następnie uważać swe fantastyczne złudzenia za rzeczywistość. Niektórzy historycy wyrażają pogląd, że namawianie kobiet do zażywania trujących narkotyków było dziełem tych samych niegodziwców, którzy skazywali następnie nieszczęśliwe ofiary na spalenie żywcem na stosie, przyczem wśród innych niecnych celów dążyli oni



Jazda czarownic



Powrót czarownic z lotu

do odziedziczenia lub zdobycia części ich majątku. Wydaje się, że w niektórych przypadkach nieszczęśliwe kobiety poznawały się z jadami, wywołującemi halucynacje, dopiero w więzieniu.

Podczas badania musiała się oskarżona o czary kłaść zupełnie nago na plecach, poczem lekarz w różnych miejscach ciała wkłuwał na różną głębokość igłę, dopóki nie natrafił na niewrażliwe miejsce. Gdy znajdywano u czarownicy takie miejsce, a zwłaszcza, gdy ono nie krwawiło, uważano, że wykryto pieczęć djabła, sigillum diaboli, niewątpliwy dowód opętania czarami i zawarcia szatańskiego paktu.

Po stwierdzeniu tego faktu nie pomagały żadne przekonywania ani dowody niewinności; oskarżona była zgubiona.

W przypadkach, w których nie udawało się dostatecznie szybko wykryć takiego złowieszczego miejsca, chirurg umiał zapomocą odpowiednich manipulacyj zjawisko to upozorować. Możliwe, że niektóre kobiety histeryczne istotnie miały na swem ciele takie miejsca częściowej lub całkowitej utraty wrażliwości

bólowej. Możliwe również, że wytwarzano to znieczulenie zapomocą jadów odurzających. Biada tej, która nie skarżyła się na doznawany ból, gdyż stanowiło to dowód winy i rozstrzygało o wyroku skazującym.

Jeżeli oznaki nie były dostatecznie wyraźne — często zresztą zadawalniano się znalezieniem brodawki, plamy wątrobianej, znamienia na ciele — wówczas zwracano się do nowych męczarni. Wśród tortur szczególnie rozpowszechniona była próba wodna, która polegała na tem, że ofiarę wrzucano do dużego basenu, wypełnionego wodą. Jeżeli nieszczęśliwa szła na dno i tonęła, bo nie umiała pływać, to uznawano ją (po śmierci) za niewinną, jeżeli zaś pływała i utrzymywała się na powierzchni, to uchodziło to za dowód, iż jest czarownicą i skazywano ją na spalenie.





Jazda czarownic *Goya* *Sabbat czarownic*

Aż do XVIII wieku wszyscy lub prawie wszyscy ludzie wierzyli w czary, przyczem wiara ta była rozpowszechniona nietylko wśród mas ciemnego ludu, lecz uznawali czary również wielcy ówcześni uczeni. Np. *Feliks Platter*, profesor medycyny w Bazylei (1536 — 1612) wierzył w opętanie djabelskie, *Daniel Sennert*, profesor medycyny w Wittenberdze (1572 — 1657) opisuje rodzaj ekstazy, powstającej pod wpływem szatana.

Sennert nie wątpi ani na chwilę, że opętani przez djabła mogą jeździć w powietrzu. *Ambroży Paré* (zmarł w r. 1590) pisze, że język opętanych podczas mówienia zwisa z ust; opętani mówią różnemi nieznanemi językami, umieją wywoływać trzęsienie ziemi, grzmoty, błyskawice, burze; wyrywają drzewa z korzeniami, przenoszą góry i miasta. W XVI-ym i XVII-ym wieku procesy

czarownic były bardzo częste. Głos rozsądku rozlegał się wówczas bardzo rzadko. Do nielicznych autorów, którzy usiłowali się przeciwstawić powszechnie uznanym poglądom, należeli *Rabelais* (zmarł w r. 1553) i *Montaigne* (zmarł w r. 1592). Ojciec „Pantagruela", zawsze ostrożny, ograniczył się do satyry, podczas gdy *Montaigne*, jak zawsze, wypowiedział swe zdanie w sposób jawny. Ostro i stanowczo wystąpił przeciwko procesom czarownic zwłaszcza *Pigray*, lekarz przyboczny Henryka III i Henryka IV. W dziele swem „Chirurgja" *Pigray* opisuje, jak na zlecenie władz sądowych badał 14 osób, mężczyzn i kobiet, oskarżonych o czary.

Nie znaleźliśmy żadnych niezwykłych cech, jakie im fałszywie przypisywano, nie stwierdziliśmy między innemi, jakoby pewne miejsca ciała były zupełnie niewrażliwe na ból. Badaliśmy ich bardzo starannie, nie zapominając żadnego przepisu, przyczem zleciliśmy im rozebrać się do naga. Kłuliśmy oskarżonych w wielu miejscach, jednakże nie stwierdziliśmy żadnych zaburzeń wrażliwości i badani żywo reagowali na zadawany im ból. Przeprowadziliśmy wszechstronne wywiady i zadawaliśmy im różne pytania, jak to się czyni u melancholików i doszliśmy wreszcie do przekonania, że mieliśmy do czynienia z biednymi, wyczerpanymi ludźmi, którzy albo nie lękali się śmierci, albo nawet jej pożądali. Chętniej podalibyśmy im odpowiedni środek leczniczy, aby ich przeczyścić, niż jakikolwiek inny środek, aby ukarać. Licząc się z naszą miarodajną opinją, sąd uniewinnił oskarżonych".

W XVI wieku lekarz *Johann Weyer* w Niemczech wystąpił z wielką energją i śmiałością po stronie nieszczęśliwych, których nikt nie odważył się bronić. *Weyer* głosił, że wiele osób, zwłaszcza kobiet, było ofiarami a nie wspólnikami djabła, że stawały się one jedynie zbyt łatwo zdobyczą potężnego uwodziciela, który wypełniał ich wyobraźnię halucynacjami i snami i wmawiał im, że dokonały zbrodni, w której w istocie nie przyjmowały żadnego udziału. Poglądy *Weyera* były poprostu rewolucyjne: zamiast idei czynnego udziału w djabelskich czarach, zamiast przestępstwa, wymagającego kary, wprowadzono pojęcie udziału biernego opętania przez djabła, które z powodu nieodpowiedzialności oskarżonych, uniewinniało ich.

Najenergiczniejszych przeciwników wiary w czarownice i w djabelskie moce znajdujemy wśród Jezuitów: *Adam Tanner*, *Paweł Laymann* i hrabia *Fryderyk von Spee* (1591—1635), który bronił nieszczęśliwe ofiary w swem dziele polemicznem: Cautio criminalis s. Liber de processu contra sagas (1631). Dużo jednak czasu było jeszcze potrzeba, aby zdrowy rozsądek wreszcie zwyciężył. W tej ciężkiej walce o sprawiedliwość kobieta znalazła skuteczną pomoc w pismach *Bekkera* (1634—1698) i *Thomasiusa*, którego dzieła: Dissertatio de crimine magiae (1701) i De origine et processu processus inquisitorii contra sagas (1712) pozwoliły nawet najbardziej zaślepionym poznać swe błędy i zmusiły świadomych przestępców do zaprzestania jawnej działalności. Jednakże te straszne zbrodnie dawały podżegaczom tak wiele wstrętnych korzyści, że dla uniknięcia strat budzili oni ciągle jeszcze w ciemnych tłumach ludności wiarę w czarownice. Kara spalania czarownic na stosie nie istnieje już oddawna, jednakże wiara w złe, nadprzyrodzone siły ludzkie, właściwe czarownicom, utrzymuje się wśród ludu nadal.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Leczenie otyłości u dzieci.

Pierwszą część kuracji *Brocka* przy leczeniu otyłości dziecięcej należy, o ile to możliwe, przeprowadzić w klinice lub w szpitalu, z powodu surowości przepisów leczniczych. W tym pierwszym okresie ograniczamy ilość podawanego pożywienia do tego stopnia, aby przemiana podstawowa obniżyła się o ile to możliwe nawet więcej niż o połowę. Tłuszcze i sól kuchenną usuwamy prawie zupełnie. Najwłaściwszem źródłem energji kalorycznej jest w tych warunkach białko, które podajemy pod postacią 100 g chudego mięsa lub ryby i około 80 g mleka lub 1—2 jajek. Pozatem podajemy głównie owoce (oprócz bananów, winogron i orzechów) oraz jarzyny, a zwłaszcza szparagi, szpinak i sałatę. Ogórki posiadają najmniejszą wartość kaloryczną, wartość ta zwiększa się w następującym porządku: sałata głowiasta, sałata z endywji, pomidory, rzodkiewki, selery.

Dieta wyłącznie surowa nie nadaje się jako dieta odtłuszczająca. Chleb i kartofle wolno podawać jedynie w niewielkich ilościach. Zapotrzebowanie płynów pokrywamy kawą słodową, herbatą z niewielką ilością mleka, lekkim kleikiem owsianym, zupami jarzynowemi i owocami. Zamiast soli kuchennej podajemy jako przyprawę szczypiorek, pietruszkę, koperek, włoszczyznę, kminek, gałkę muszkatołową, sok cytrynowy, następnie nieco wyciągu mięsnego Liebiga lub przyprawy do zup Maggi. Schemat diety odtłuszczającej jest w przybliżeniu następujący: mięso 100 g, chudy ser 80 g, jarzyny 300 g, sałata 125 g, owoce 250 g, chleb 60 g, mleko 100 g. Odpowiada to 700, z napojami 800—850 kalorjom. Podczas tej ścisłej diety należy bezwarunkowo leżeć w łóżku. Wydatkowanie energji pobudzamy zapomocą codziennej gimnastyki (dwa razy po 15—20 minut) oraz przez podawanie tyreoidyny (zależnie od wieku 2—3 razy dziennie po 0,1 g). Dla odwodnienia wstrzykujemy co 5—7 dni po 1 cm^3 Salyrganu. Również i tyreoidyna zwiększa diurezę i chroni przed zatrzymywaniem wody w ustroju.

Autor osiągał w ten sposób u nadmiernie otyłych dzieci w wieku od 9 do 14 lat obniżenie wagi, które dochodziło w ciągu 4—6 tygodni do 8 kg. Po 6 tygodniach dzieci mogą znowu uczęszczać do szkoły. Surową dotychczas dietę można obecnie nieco złagodzić, zwiększamy nieznacznie ilość chleba i mleka oraz pozwalamy dodawać nieco soli do potraw i spożywać trochę kartofli. Tyreoidynę podajemy jedynie co pewien czas, a Salyrgan tylko przy skłonności do zatrzymywania wody. Jeżeli leczenie doprowadziło do tak pomyślnych wyników odchudzających, że możemy się ograniczyć już tylko do niedopuszczenia do ponownego zwiększenia się wagi, łagodzimy przepisy dietetyczne w stopniu jeszcze większym. Wystarcza wówczas, aby ogólna ilość spożywanych kaloryj była stosunkowo niewielka, co osiągamy zwykle z łatwością przez wyłączenie z jadłospisu słodyczy i potraw tłustych.

Prof. dr. J. Brock, Marburg.

(Kinderarztl. Prax. 1934, nr. 9).

Obrzęk płuc i dychawica sercowa.

W badaniach doświadczalnych na zwierzętach wykazano już dawniej, że Luminal zwiększa diurezę i działa hamująco na obrzęk płuc. Pomiędzy badaniami doświadczalnemi i zjawiskami patologicznemi u człowieka istnieje tu dalekoidące podobieństwo. Do odwodnienia zaleca autor Salyrgan. Jak wynika z historji chorób opisanych przez autora, jesteśmy w przypadkach dychawicy sercowej, powstającej na tle

obrzęku płuc, poprostu w stanie, regulować według naszej woli przebieg napadów: zaniechanie wstrzykiwań Salyrganu przyczynia się do powstawania napadów, regularne zaś stosowanie tych wstrzykiwań chroni chorych przed napadami.

Dr. F. Brunn, Wiedeń.
(Studium 1934, tom 24).

Evipan-Natrium w praktyce codziennej.

Dla nacinania ropowicy tkanki podskórnej ręki zaleca autor stosowanie krótkotrwałego odurzenia zapomocą dożylnego wstrzyknięcia Evipanu-Natrium. Uprzednie podanie odpowiedniego środka uspokajającego chroni skutecznie przed pooperacyjnem podrażnieniem. W uśpieniu evipanowem unikamy niedostatecznego nacięcia i jego smutnych skutków: martwicy kości, zesztywnienia.

Dr. Fritsche, Glarus.
(Schweiz. med. Wo. 1934, nr. 35)

Łuszczyca pochodzenia wewnątrzwydzielniczego.

Autor opisuje chorobę pewnej 45-letniej kobiety, dotkniętej bardzo ciężką postacią łuszczycy. Leczenie Neosalvarsanem nie okazało żadnego wpływu na przebieg choroby. Ponadto dołączyło się jeszcze zapalenie wielostawowe, tak że nieszczęśliwa pacjentka nie mogła opuszczać łóżka. Jod i salicylany nie sprawiały chorej żadnej ulgi. Ze względu na obecność pewnych objawów zaburzeń czynności jajników (nieprawidłowe miesiączkowanie) oraz bliskość okresu przekwitowego autor zastosował leczenie preparatami jajnikowemi.

Po 20 — 30 dniach tej terapji zarówno łuszczyca jak i zmiany stawowe ustąpiły prawie zupełnie. Wyleczenie sprawy stawowej okazało się ostateczne, natomiast łuszczyca odnowiła się po upływie 3 lat, gdy zaniechano już leczenia jajnikowego.

Autor wspomina jeszcze o dwóch przypadkach łuszczycy na podłożu zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, w których organoterapja jajnikowa przyczyniła się skutecznie do ustąpienia uporczywych zmian skórnych.

Dr. Bh. N. Sharma.
(Ind. Med. Gaz. 1934, tom 69).

Urografja wydzielnicza po podskórnem wstrzyknięciu Per-Abrodilu.

Spostrzeżenia autorów dotyczą 15 pacjentów (w tem 10 dzieci), u których dokonano z bardzo pomyślnym wynikiem badania urograficznego zapomocą metody podskórnego wstrzyknięcia Per-Abrodilu. Wstrzyknięta dawka preparatu wynosiła około 100 cm³ 7%-owego, w przybliżeniu izotonicznego roztworu Per-Abrodilu. Wstrzykuje się w dwóch miejscach po 50 cm³ w obu okolicach pachowych. Dawka ogólna wynosi około 7 g; ze względu na niewielką toksyczność preparatu można go stosować u starszych dzieci w tej dawce. Wobec tego, że wstrzyknięcie wywołuje zwykle przykre wrażenie mocnego napięcia skóry, stosuje się u starszych pacjentów znieczulenie miejscowe. Ani razu nie obserwowano w miejscu wstrzyknięcia zmiękczenia lub stwardnienia tkanek. Najlepsze obrazy kontrastowe otrzymywano w 50 — 60 minut po wstrzyknięciu. Dobre urogramy, również po zastosowaniu worka uciskowego, dawały zdjęcia dokonywane w okresie od 30 do 90 minut, tak że wystarcza tylko jedna lub dwie klisze.

Dr. E. Beer i dr. F. H. Theodore,
New York.
(Journ. Am. Med. Ass. 1934, tom 130).

Leczenie padaczki.

Chora ma lat 50. Wywiady rodzinne niepewne i niedokładne. W rodzinie jakoby nikt na padaczkę ani na inne choroby nerwowe lub umysłowe nie chorował. Przypadków samobójstwa ani nadużywania alkoholu w rodzinie nie było. Chora uczyła się w szkole stosunkowo dobrze, nauka nie sprawiała jej żadnych szczególnych trudności. Po ukończeniu szkoły pracowała w fabryce. W 24 roku urodziła zdrową dziewczynkę, przebieg porodu był zupełnie prawidłowy. Córka ta żyje, ma 26 lat, jest zdrowa, nigdy na żadne poważniejsze cierpienia nie chorowała, żadnych napadów drgawek nie miała. Chora pozatem więcej już nie rodziła i nie roniła.

W 30 roku życia pacjentka zachorowała na gościec stawowy. Przebieg choroby był bardzo uporczywy. Wielokrotne nawroty.

Pacjentka w ciągu długich miesięcy była zupełnie niezdolna do pracy. Oprócz tego ciężkiego gośćca stawowego żadnych innych poważniejszych chorób nie przechodziła; pierwsze miesiączkowanie w 15 roku życia, perjody zawsze prawidłowe, skończyły się przed 4 laty.

Pierwsze napady drgawkowe wystąpiły w 42 roku życia, czyli przed 8 laty. Od tego czasu drgawki występowały regularnie co 3—4 tygodnie, zarówno w dzień jak i w nocy. Chora wydawała głośny okrzyk, padała, traciła przytomność, przygryzała język, oddawała nieświadomie mocz. Poszczególne napady trwały bardzo długo i składały się z krótszych 8—10—12 napadów, które następowały jeden po drugim i były oddzielone przerwami trwającemi około godziny. Po zupełnem ustaniu napadów chora zapadała w głęboki sen trwający 12—24 godzin. Po obudzeniu się występowały stale gwałtowne wymioty, trwające czasami przez całą dobę i wpływające bardzo szkodliwie na stan ogólny pacjentki. Stopniowo czas trwania i natężenie napadów zwiększały się coraz bardziej. W roku 1927 chora leczyła się przez 6 tygodni w klinice, gdzie ją uznano za zupełnie niezdolną do pracy.

Chorą leczono różnemi środkami przeciwpadaczkowemi, jednakże, według jej słów, bez żadnego wyniku. Siostra pacjentki, która się nią opiekuje, podaje, że w ciągu ostatnich lat usposobienie chorej bardzo się zmieniło; zrobiła się złośliwa, skłonna do sprzeczek, gwałtowna, biła dzieci swej siostry. Chora straciła zupełnie samodzielność i musiała się znajdować pod stałą opieką. Współżycie z nią stało się prawie nie do zniesienia.

31.I.34 chorą przyprowadzono do mnie. Była to drobna, słabowita kobieta. Stan ogólny zły. Przy badaniu przedmiotowem żadnych uchwytnych zmian chorobowych nie stwierdziłem. Na języku blizny po przygryzieniach języka podczas licznych napadów. Ostatnie napady wystąpiły 25. stycznia. Zaleciłem zażywanie codziennie rano 0,1 g Luminalu. Pod wpływem tej terapji napady już się nie powtarzały. Tolerancja Luminalu była początkowo dobra. Chora skarżyła się jedynie na senność. W połowie marca ukazała się na obu łokciach sucha, łuszcząca się pryszczyca. W ciągu następnych dni i tygodni pryszczyca objęła stosunkowo szybko stronę zginaczy ramienia i przedramienia i przeszła również na stronę wyprostną. Pryszczyca wywoływała nadzwyczaj dokuczliwe uczucie swędzenia. Leczenie miejscowe nie sprawiało żadnej ulgi ani poprawy. Zdecydowałem się wobec tego w połowie kwietnia przerwać stosowanie Luminalu i zacząłem podawać zamiast niego rano i wieczorem po 0,2 g Prominalu. Po odstawieniu Luminalu objawy pryszczycy szybko ustąpiły, tak że po upływie 10 dni stwierdziłem zupełne wyleczenie bez stosowania jakichkolwiek środków miejscowych.

Od tego czasu pacjentka zażywa codziennie rano i wieczór po 0,2 g Prominalu. Tolerancja Prominalu okazała się znakomita, gdyż nie powodował on absolutnie żadnych zaburzeń. Napady drgawkowe, które występowały dawniej regularnie co 3—4 tygodnie, ustały zupełnie. Siostra chorej doniosła mi, że pewnego razu zauważyła, jak chora, siedząc przy stole, jakby straciła na chwilę przytomność, upadła ku przodowi i nie zdawała sobie sprawy, co się z nią dzieje. Drgawki nie wystąpiły. Po krótkim czasie pacjentka znowu czuła się zupełnie dobrze. Pozatem jeszcze pewnego razu zauważono rano ślady krwi na poduszce. Otoczenie chorej przypuszcza, że chora dostała

w nocy napadu i przygryzła sobie język. Chora od czasu zażywania Prominalu poprawiła się znakomicie pod każdym względem. Jest obecnie znacznie spokojniejsza i „rozsądniejsza“. Nie kłóci się i żyje w zgodzie również z dziećmi. Znowu może sama bez żadnej opieki chodzić, odbywa spokojnie niewielkie spacery i zajmuje się gospodarstwem domowem.

Dr. E. Wienold, Obergurig.

(Ther. Ber. 1935, Nr. 3).

Zakażenie laboratoryjne chorobą Weila.

Autor opisuje przypadek zupełnie nietypowego klinicznie przebiegu choroby Weila, w którym rozpoznanie postawiono jedynie na podstawie wykrycia swoistych krętków chorobotwórczych. Choroba powstała wskutek zakażenia laboratoryjnego podczas pracy naukowej. Po dwóch dniach choremu wstrzyknięto surowicę ozdrowieńca po przebytej chorobie Weila. Sprawa zakończyła się wyzdrowieniem. Wydaje się, że dla celów leczniczych można stosować również surowicę uodpornionego królika. Warunkiem powodzenia jest zawsze wczesne zastosowanie kuracji. Autor zaleca, aby w zakładach naukowych, pracujących z zarazkiem Spirochaeta icterogenes, zawsze znajdowała się w pogotowiu zapobiegawcza surowica uodporniająca.

Prof. dr. P. Uhlenhuth i E. Zimmermann.
Zakład Higjeny w Fryburgu.

(Med. Klin. 1934, Nr. 14).

Omnadina jako środek zapobiegawczy w położnictwie.

W roku 1925 przejąłem kierownictwo oddziału kobiecego Szpitala Bonifratrów w St. Veit, w którym techniczne warunki budynku, niestety, uniemożliwiają pożądane tak bardzo ścisłe odgraniczenie czystych sal położniczych od sal septycznych. Niepożądane bezpośrednie sąsiedztwo tych dwóch oddziałów zmuszało mnie do roztaczania szczególnie troskliwej opieki nad przypadkami położniczemi. Wszystkie porody, w tem liczne, przebiegające z powikłaniami (obroty, kleszcze, łożyska przodujące, kraniotomje), udało mi się jednak, pomimo niesprzyjających warunków zewnętrznych, przeprowadzić bez gorączki. Przedewszystkiem zalecono całemu personelowi pielęgniarskiemu oraz służbie obowiązek jaknajściślejszego przestrzegania przepisów ostrożności; następnie zastosowano odpowiednie środki zapobiegawcze, które dostarczają narażonemu na zakażenie ustrojowi nieswoistych sił obronnych i czynią go w ten sposób znacznie odporniejszym na ewentualną infekcję. Prawie w każdym przypadku wstrzykiwałem podskórnie zaraz po porodzie 2 ampułki Omnadiny. Wszystkie 128 porodów, które się odbyły w szpitalu w r. 1932, przebiegały bezgorączkowo. Jeżeli w poszczególnych przypadkach występowały niewielkie podniesienia ciepłoty, to nie żałowałem Omnadiny i wstrzykiwałem 3 razy dziennie po 1 ampułce; w wyniku takiego postępowania gorączka nazajutrz opadała. Żadnych przykrych objawów działania ubocznego nawet przy stosowaniu dużych dawek nie spostrzegłem ani razu.

Obecnie po 7 latach, mając doświadczenie dotyczące przeszło 500 przypadków porodów i chorób w okresie połogowym, doszedłem do przekonania, że Omnadina przedstawia najpewniejszy środek zapobiegawczy dla doraźnego opanowania wszelkich grożących poważniejszych niebezpieczeństw porodowych. Również i przy wystąpieniu pierwszych objawów septycznych (wysoka gorączka, dreszcze i t. d.) należy według mnie nie zwlekać ani chwili i natychmiast rozpocząć lecznicze wstrzykiwania Omnadiny. Za najważniejsze uważam stosowanie dużych dawek. Niepowodzenia — to znaczy niezareagowania ustroju na Omnadinę — można się, według mego zdania, spodziewać tylko wtedy, jeżeli zapomocą małej dawki chcielibyśmy osiągnąć wielkie wyniki.

Dr. J. Kimeswenger,
ordynator Szpitala Bonifratrów w St. Veit.

(Ther. Ber. 1933, Nr. 5).

W sprawie utajonego krwawienia i jego oceny klinicznej.

Dla rozpoznania utajonych krwawień z żołądka i kiszek stosuje autor odczyn benzydynowy. Jednocześnie bada się tę samą

próbę kału spektroskopowo na porfirynę. Metoda spektroskopowa według *Snappera* umożliwia również wykazanie obecności deuterohematyny. Jeżeli badanie na deuterohematynę daje często wynik dodatni, to przemawia to z dużem prawdopodobieństwem za rakiem żołądka lub kiszek. Obecność samej protoporfiny nie dowodzi jeszcze utajonego krwawienia, gdyż oprócz koproporfiryny należy wykryć również deuteroporfirynę. Z tego względu badanie spektroskopowe jest dla praktyki ogólnej zbyt żmudne i zabiera zbyt wiele czasu. Ponadto badania te nie pozwalają jeszcze na określanie ilościowe. Fakt, że w przypadkach raka znajdujemy w kale deuterohematynę bardzo często, a przy krwawieniach z innych przyczyn nie występuje ona prawie nigdy, uzależnia autor od różnorodnego składu domieszek krwi w kale przy różnych chorobach.

Dr. L. A. Hulst,
Klinika Chorób Wewnętrznych w Utrechcie
(Klin. Wschr. 1934, nr. 25).

NADESŁANE.

Znana firma I. G. Farbenindustrie A. G. w Leverkusen n. R. zawiadamia W. P. Lekarzy za pośrednictwem naszego pisma, iż wzorem lat ubiegłych przygotowuje także na rok 1936 „Kalendarz Lekarski", zawierający oprócz spisu wyrabianych przez powyższą firmę środków leczniczych, także obszerne wskazania do stosowania ich oraz szereg informacyj, potrzebnych każdemu lekarzowi-praktykowi. Kalendarzyk zostanie dostarczony wszystkim PP. Lekarzom zamieszkałym na obszarze Rzeczp. Polskiej zupełnie bezpłatnie.

Wiadomość tę ogół lekarzy powita zapewne z zadowoleniem, gdyż wspomniane wydawnictwo cieszy się oddawna zasłużonem uznaniem.

IV Kurs Teorji i Praktyki z dziedziny Radjologji Lekarskiej urządzony przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne pod protektoratem Wydziału Lekarskigo Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się od dn. 13 stycznia do dn. 2 lutego 1936 roku. Wszelkich informacji tyczących Kursu udziela sekretarz dr. B. Kryński, Warszawa, Zielna 11, tel. 675-78. Zgłoszenia na Kurs składać należy na ręce sekretarza najpóźniej do dn. 25 grudnia 1935 roku.

X Kurs Trachomatologji i Okulistyki Społecznej dla lekarzy odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny w czasie od 18 do 27 listopada 1935 r. i zawierać będzie 20 godzin wykładów i 30 godzin zajęć praktycznych i demonstracyj w ambulatorjach ocznych szpitali oraz w przychodniach przeciwjagliczych Miejskich Ośrodków Zdrowia.

Pewnej liczbie lekarzy, prowadzących przychodnie przeciwjaglicze, oraz lekarzom powiatowym i samorządowym, zatrudnionym przy akcji zwalczania jaglicy, udzielone będą stypendja w wysokości od 50 do 150 zł.

Dla uczestników kursu zostanie zarezerwowana pewna liczba pomieszczeń w Bursie Państwowej Szkoły Higjeny.

Zgłoszenia na Kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa — Chocimska 24, do dn. 12 listopada r. b.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.

SPIS RZECZY ZA ROK 1935

(TREŚĆ PRAC)

(SPIS AUTORÓW)